FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

No 2

Les Paresthésies Pharyngées

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 6 Janvier 1956

PAR

François GUÉRIN

Né le 1er Mai 1926, à MARSEILLE

Externe "en premier" des Hôpitaux

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse	MM. les Prof.	RECORDIER,	*Président*
		GIRAUD	
		POURSINE	*Assesseurs*
		Agrégé APPAIX	
	Docteur	CLAUSTRE	

Éditions LECONTE
98, Cours Lieutaud
MARSEILLE
1 9 5 6

Les Paresthésies Pharyngées

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

No

Les Paresthésies Pharyngées

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 6 Janvier 1956

PAR

François GUÉRIN

Né le 1er Mai 1926, à MARSEILLE

Externe "en premier" des Hôpitaux

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse	MM. les Prof. RECORDIER,	*Président*
	GIRAUD POURSINE Agrégé APPAIX	*Assesseurs*
	Docteur CLAUSTRE	

Éditions LECONTE
98, Cours Lieutaud
MARSEILLE
1 9 5 6

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : G. MORIN — *Assesseur :* J. DELPHAUT

Professeurs honoraires : MM. AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND, GABRIEL, HECKENROTH, JOYEUX, MONGES, OLMER, RIMATTEI, ROCHE.

Secrétaire principal : J. COMTE — *Bibliothécaire :* Mlle PERRIN

PROFESSEURS

Anatomie	GRISOLI
Anatomie pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie médicale	DERRIEN
Chimie analytique et Hydrologie	ARNOUX
Chimie	DUMAZERT
Clinique chirurgicale	
Clinique chirurgicale	MOIROUD
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	SALMON
Clinique chirurgicale thérapeutique et Chirurgie expérimentale	De VERNEJOUL
Clinique dermato-syphiligraphique	CHARPY
Clinique exotique	BLANC
Clinique des maladies du système nerveux	POURSINES
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale	POINSO
Clinique médicale thérapeutique	OLMER J.
Clinique des maladies des voies digestives et de la nutrition	RECORDIER
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique neuro-chirurgicale	PAILLAS
Clinique obstétricale et gynécologique	CHOSSON
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique urologique	CHAUVIN
Histologie	PICARD
Hygiène et Médecine préventive	SAUTET
Matière médicale	BALANSARD
Médecine légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie chirurgicale	CARCASSONNE
Pathologie interne	AUDIER
Pharmacologie	MERCIER
Pharmacie chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI
Professeur sans chaire	ROUX

Maîtres de Conférences Agrégés

MM. BERNARD Pierre
BOURRET
DEPIEDS
DESANTI
DONNET
GAMBARELLI
GREBUS
LISSITZKY
J. MERCIER
MOURGUE
PASTOR
PAYAN
TAMAE T

Agrégés en exercice

MM. APPAIX
BERNARD René
CHARPIN
CHAUVIN
CREMIEUX
DEVIN
GRANJON
LAVAL
MARONNEAUD
METRAS
MONGES Henri
MOUREN
OLLIVIER
ORSINI
OURGAUD
PAOLI
RAYBAUD
SERMENT

Agrégés libres

MM. BERTHIER
DOR
FIGARELLA
HENRY
IMBERT
LAMY
LENA
VAGUE

Chargés des fonctions de Maîtres de Conférence

Histologie ..... M. STAHL

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MES AMIS

En mémoire du Docteur Henri BERNEX

Oto-Rhino-Laryngologiste

A MON JURY DE THESE

A Monsieur le Professeur RECORDIER

Professeur de Clinique
des Maladies des Voies Digestives et de la Nutrition
Médecin des Hôpitaux

pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette Thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur GIRAUD

Professeur de Clinique Médicale Infantile

Médecin des Hôpitaux

En témoignage de notre profond respect.

Nous ne redirons jamais assez toute la reconnaissance que nous lui devons pour avoir rendu faciles et intéressants nos premiers pas dans la discipline pédiatrique.

A Monsieur le Professeur POURSINE

Professeur de Clinique des Maladies Nerveuses

Nous gardons de vous le souvenir d'un Maître bienveillant tandis que nous étions externe dans le service du Professeur Roger.

Nous espérons en cette bienveillance pour nous faire pardonner nos lacunes en Neurologie.

Nous vous sommes extrêmement reconnaissant d'avoir bien voulu siéger à notre Jury de Thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé A. APPAIX

Chirurgien spécialiste des Hôpitaux

Vous avez été le Maître de nos débuts ; nous tenons de vous nos premières lumières sur la spécialité.

Votre affabilité, la chaleur de votre accueil nous ont grandement aidé.

Soyez-en remercié de tout cœur.

A Monsieur le Docteur CLAUSTRE

Chirurgien spécialiste des Hôpitaux

Nous profitons de cette Thèse pour vous dire le plaisir et l'avantage que nous avons tiré de nos rapports avec vous durant ces deux années.

La profondeur de votre érudition, la variété des questions auxquelles vous vous intéressez, le charme savoureux de votre conversation ne sont pas pour nous faire oublier votre patience de chercheur, votre désintéressement, votre probité d'homme intègre.

Nous garderons de vous le souvenir d'un humaniste distingué et mieux encore de ce que l'on appelait jadis « un honnête homme ».

Nous sommes heureux et fier de l'intérêt que vous avez bien voulu nous témoigner ; nous éprouvons une grande joie à vous compter aujourd'hui parmi nos juges.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

A Monsieur le Docteur CARREGA

Chirurgien spécialiste des Hôpitaux

Oto-Rhino-Laryngologiste du Centre Anti-Cancéreux

Nous ne pouvons trouver meilleure occasion pour vous remercier d'avoir bien voulu nous ouvrir votre service, nous donnant ainsi la possibilité d'approfondir nos connaissances en O.R.L.

A votre contact journalier, nous avons beaucoup appris : votre minutie dans l'examen, votre rigueur scientifique dans le diagnostic resteront toujours pour nous le modèle des qualités maîtresses que doit posséder un bon spécialiste.

A Monsieur le Docteur BREMOND

Chirurgien spécialiste des Hôpitaux

Nous avons du mal à associer l'image du pédagogue et celle du charmant compagnon ; cependant, vous avez été pour nous l'un et l'autre.

Avec un dévouement et une compétence que nous n'aurons garde d'oublier, vous nous avez appris la théorie de notre métier, facilitant notre travail par l'élégance de votre enseignement.

Nous garderons de vos « écuries » davantage le souvenir d'agréables réunions de camarades que d'austères séances d'étude ; c'est à vous qu'en revient le mérite : soyez-en chaudement remercié.

Les Paresthésies Pharyngées

Travail exécuté sur soixante observations de paresthésies pharyngées colligées dans les services de Monsieur le Professeur APPAIX et Monsieur le Docteur CARREGA.

INTRODUCTION

Le travail que nous vous proposons s'appuie sur l'étude de soixante cas de paresthésies pharyngées traitées dans les services hospitaliers de M. le Docteur N. Carrega et de M .le Professeur Agrégé A. Appaix.

Les malades atteints de paresthésies pharyngées abondent dans les consultations O.R.L., mais ce n'est pas une maladie « vedette », aussi occupe-t-elle un rang modeste dans les traités classiques. Elle ne se manifeste pas par une symptomatologie spectaculaire qui fait du patient un centre d'attraction ; les chatouillements de la gorge sont peu de chose à côté de l'hémorragie ou de la dyspnée. Elle ne permet pas de foudroyants succès thérapeutiques, ce qui est aussi désagréable pour le patient que pour le médecin.

Et pourtant, mérite-t-elle d'être négligée ?

Ce n'est pas l'avis des patients : elle devient rapidement une véritable infirmité pour les malades ; elle retentit sur leur psychisme et profite de la moindre défaillance pour s'exagérer.

Aussi une thérapeutique efficace est loin d'être inutile ; c'est à cette tâche que nous nous sommes attelés ; nous avons essayé d'échafauder une pathogénie en vue de l'élaboration d'un traitement spécifique.

Le rôle du sympathique nous a paru primordial et c'est à des médications à visée sympatholytique que nous nous sommes adressés ; les résultats que nous avons obtenus avec les infiltrations de novocaïne du ganglion sympathique cervical moyen et avec l'hydergine sont prometteurs et confirment en quelque sorte notre conception de la paresthésie pharyngée.

DÉFINITION

Qu'entend-t-on par « PARESTHESIE » ?

C'est une sensation anormale, purement subjective, à type de brûlure, de chatouillements, de piqûre ; lorsqu'elle siège dans une cavité, elle peut s'accompagner d'une impression de corps étranger, d'obstruction, de striction ; elle s'apparente aux manifestations sympathiques.

La paresthésie pharyngée diffère des paralysies motrices ou sensitives du pharynx par l'absence de lésions motrices ou sensitives lors de l'examen.

Nous la définirons ainsi :

La paresthésie pharyngée est une gêne caractérisée :

1) CLINIQUEMENT : *par une sensation anormale à type de chatouillement, de piqûre, de brûlure, de corps étranger, de striction localisée par le malade en regard des grandes cornes de l'os hyoïde, exagérée par la déglutition à vide et disparaissant lors de l'absorption d'aliments solides ou liquides.*

2) ANATOMIQUEMENT : *par l'absence de toute lésion macroscopique locale.*

HISTORIQUE

La paresthésie pharyngée constitue un syndrome banal. La plus ancienne description en est donnée par Montaigne dans son premier livre des Essais, au chapitre xx intitulé : *De la force de l'imagination.*

« Fortis imaginatio generat casum, disent les clercs....

La veüe des angoisses d'aultruy m'angoisse matérielement, et à mon sentiment souvent usurpe le sentiment d'un tiers ; un tousseur continuel irrite mon poumon et mon gosier. »

La forte participation du psychisme dans ce syndrome y est déjà indiquée ; un cas rapporté par Lannois en 1905 lui est curieusement comparable (Les illusions de fausses présences en pratique O.R.L.).

En 1887, P. Koch puis en 1894 Botey soulignent la fréquence des troubles mentaux. En 1889, Brebion (Lyon) insiste sur le rôle des lésions nasales. En 1880, au Congrès de Milan, Browne soulevait déjà la question du « faux mal de gorge ».

En 1892, Albert Ruault, dans la première édition du traité de médecine de Charcot et Bouchard, définissait les paresthésies « sine materia » du pharynx et leur consacrait en une simple page une description impeccable ; le syndrome est alors bien individualisé et les auteurs tâchent de débrouiller son étiologie.

En 1895, Félix Sémon décrit les névroses sensorielles de la gorge au cours de la ménopause et Boulay les paresthésies pharyngées réflexes ; la paresthésie « sine materia » a tendance à disparaître :

On incrimine une malformation locale : apophyse longue.
des troubles endocriniens : « thyroïde... ovaires... »
des troubles diathésiques : « diabète... uricémie... »

En 1908, Boulay et Le Marc'Hadour font une mise au point de la question.

En 1926, le Professeur J. Terracol, dans le rapport du Congrès d'O.R.L., insiste sur le rôle de l'ostéo-arthrite déformante de la colonne cervicale. En même temps, Thort (Hambourg) signale que les troubles paresthésiques bizarres

trouveraient leur explication dans la calcification exagérée des disques intervertébraux et des ligaments.

En 1927, Escat fait une revue générale sur le syndrome « paresthésie pharyngée ». En 1932, Pruvot insiste sur la synergie pharyngo-œso-gastrique et le rôle de l'hyperacidité gastrique.

Au cours de ces dernières années, devant le peu d'effet des thérapeutiques antalgiques banales, certains auteurs ont considéré les paresthésies comme un syndrome réflexe et se sont astreints à rechercher l'épine irritative responsable.

En 1948, Maurice Vernet a signalé qu'une dysesthésie tubaire pouvait les provoquer ; la simple ouverture de la trompe par la manœuvre de Politzer la faisait instantanément disparaître ; Jacod signale un cas identique. En 1952, Rigby, dans un article intitulé « Boule hystérique », attire l'attention sur un grand nombre de causes réflexes dont la recherche impose un examen très complet avant de confier son malade au psychiatre.

En 1952, M. Jacod insiste sur le rôle de l'hyperchlorhydrie gastrique momentanée.

Enfin en 1955, dans le rapport du Congrès d'O.R.L. sur « La déglutition et ses troubles », P. et A. Soulas insistent à la suite de J. Terracol sur le rôle des lésions du rachis cervical et sur la pathogénie sympathique des paresthésies pharyngées.

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE

1) **Le sexe.**

Nous avons noté une légère prédisposition pour le sexe masculin, cependant moins marquée que pour l'ensemble de la pathologie pharyngo-laryngée. Parmi nos soixante malades, nous avons constaté une proportion de 60 % d'hommes pour 40 % de femmes environ.

2) **L'âge.**

50 % de nos malades avaient entre 40 et 60 ans ; il est exceptionnel de rencontrer des paresthésies pharyngées avant la puberté chez la femme et au-dessous de 21 ans chez l'homme.

Chez les femmes, le maximum de fréquence se situe au cours de la ménopause.

3) **Le milieu et l'hygiène générale.**

La profession et la classe sociale ne semblent avoir aucune influence sur les troubles que nous étudions.

L'alimentation, l'alcool, le tabac, les maladies spécifiques n'interviennent pas dans leur étiologie.

4) **Les infections chroniques de la sphère O.R.L.**

Elles se retrouvent dans 50 % des cas environ ; les infections bucco-dentaires et els rhino-pharyngites chroniques sont les plus fréquentes.

5) **Le psychisme.**

Les troubles psychiatriques jouent un rôle prépondérant. Dans environ 40 % des cas seulement, nos malades avaient un équilibre mental satisfaisant.

SYMPTOMATOLOGIE

I. - LE SYNDROME "PARESTHÉSIE PHARYNGÉE"

a) La description de la paresthésie pharyngée.

C'est une entité clinique bien définie :

Il s'agit d'une sensation pharyngée anormale siégeant en regard d'une des grandes cornes de l'os hyoïde ou plus rarement dans la région médiane, disparaissant au cours des repas, exagérée lors de la déglutition « à vide ».

Cette gêne difficile à préciser, difficile à localiser, entraîne le malade à des comparaisons imagées.

On peut individualiser trois types :

a) *Sensations de chatouillement.* — Ce sont les plus fréquentes ; le malade a l'impression d'avoir du sable ou des poils ou un cheveu qui reste en travers de la gorge malgré ses efforts désespérés de déglutition.

b) *Sensations de striction.* — La gêne cède le pas à l'angoisse : impression de garrot autour du cou, de boule remontant dans la gorge, d'étouffement.

c) *Sensations de corps étranger.* — Toutes les comparaisons sont bonnes : mie de pain, croûtes de pain, arête de poisson, morceau de viande, éponge, noyau de fruit, etc...

d) *Sensations paragneusiques.* — Elles sont à type d'acidose, d'amertume. Elles ont été signalées par Escat.

A ces impressions diverses se superpose une sensation de stase salivaire, de crachat collé dans la gorge amenant une toux réflexe irritante et un hemmage à vide qui exacerbe la paresthésie et d'agacante la rend douloureuse.

Cette douleur de type « causalgique » s'irradie parfois aux oreilles, pouvant faire craindre, si elle prédomine, une tumeur pharyngée.

Comme les bourdonnements d'oreilles, que le malade au début ne perçoit que dans le silence, cette gêne pharyngée souvent insignifiante l'obsède en période d'inactivité, le réveille et prolonge ses insomnies.

b) **Les modes de début de la paresthésie pharyngée.**

Les paresthésies pharyngées amènent rarement le malade à consulter précocement ; seule leur ténacité finit par inquiéter le patient ; aussi est-il souvent difficile de lui faire préciser son mode d'installation. Dans 70 % des cas environ, il demeure inconnu.

Si le consultant se souvient de la date de début, il la situe généralement au décours d'une grippe, d'une angine ou de tout épisode rhino-pharyngé aigu. Parfois, il invoque un traumatisme :

physique : chute d'un échafaudage, soufflage par explosion, ou psychique : rupture de fiançailles, ennuis familiaux.

c) **L'évolution de la paresthésie pharyngée.**

Une fois installée, la paresthésie ne varie plus pendant de longs mois. Lorsqu'elle est étroitement associée avec un autre syndrome (arthrosique, glandulaire ou psychiatrique), son intensité devient le reflet du désordre surajouté. On peut dire qu'elle ne guérit pas spontanément. Cependant, il existe des paresthésies fugaces ; tout le monde, un jour ou l'autre, les a ressenties mais seul un médecin est capable de les étiqueter tant elles sont passagères et insignifiantes ; aussi s'écartent-elles du cadre de notre étude.

II. - LES SIGNES FONCTIONNELS ASSOCIÉS

Nous sommes persuadés de l'extrême fréquence des paresthésies ; ce n'est qu'un faible pourcentage qui se présente dans les consultations O.R.L.

Bien souvent, la gêne pharyngée est latente ou tout au moins effacée par d'autres signes prépondérants.

C'est la recherche de ces symptômes associés (qui, chez nos malades, seront souvent secondaires) qui devra guider nos examens. Il faut, nous semble-t-il, considérer les paresthésies pharyngées comme un des éléments du syndrome sympathique cervical et rechercher chez ces malades une éventuelle participation psychique, connaissant la fréquence des troubles mentaux au cours des syndromes végétatifs.

En fait, il est exceptionnel de retrouver chez les paresthésiques un syndrome sympathique cervical complet. Sur soixante cas, nous n'avons noté que deux fois un syndrome de Claude Bernard-Horner.

Il est tout aussi rare de rencontrer un syndrome de Barré-Liéou typique.

Ceci s'explique par le fait que le contingent sympathique pharyngo-laryngé correspond au ganglion cervical moyen tandis que les troubles pupillaires seraient dus à des lésions hautes (Laignel-Lavastine et Cantonnet), les lésions basses s'accompagnant de troubles vaso-moteurs et sécrétoires.

Nous allons exposer dans une division artificielle :

A) Les symptômes associés de la sphère O.R.L.

B) Les symptômes associés d'origine arthrosique.

C) Les associations psychiatriques.

a) Les symptômes associés de la sphère O.R.L.

Nous étudierons successivement sous ce titre :

a) Les paresthésies associées.

b) Les troubles vaso-moteurs et sécrétoires.

a) Les paresthésies associées.

Les paresthésies laryngées.

Dans 20 % de nos observations, nous avons noté une certaine raucité de la voix ; cette gêne phonatoire légère passe souvent inapperçue du malade et de son entourage. Elle s'accompagne parfois de picotements laryngés amenant une toux réflexe exaspérante.

A ce propos, nous signalerons trois cas de laryngite fonctionnelle associée à des paresthésies pharyngées (ne figurant pas dans nos observations). Ces malades ont été traités dans le service du Professeur Appaix par M^lle^ Barbeau, orthophoniste attachée, qui leur a appliqué la méthode suivante : respiration diaphragmatique contrôlée ; placement de la voix selon sa tessiture en partant de simples voyelles pour terminer par la parole courante. (Méthode du Docteur J. Tarneaud.) Chez deux d'entre eux, la paresthésie a disparu en même temps que la voix redevenait normale. Dans le troisième cas, le traitement n'a donné aucun résultat.

Les paresthésies linguales.

Elles sont deux fois moins fréquentes ; la description en est identique dans nos six observations :

Il s'agit de picotements s'irradiant le long du bord latéral de la langue ; ces glossodynies sont accentuées lors de la protraction et siègent du même côté que la paresthésie.

b) Les troubles vaso-moteurs et sécrétoires.

Les troubles de la sécrétion salivaire.

Dans la moitié des cas, les paresthésiques se plaignent de

sécheresse buccale et pharyngée, impression qui leur est désagréable mais qui n'est pas angoissante : ils cherchent à lutter contre cette sécheresse en suçant des pastilles, en buvant à longueur de journée et de nuit, ce qui les soulage momentanément. Pendant les repas, cette sensation disparaît.

Les troubles cutanés.

Il existait chez une de nos malades une hémisudation faciale homolatérale qui avait débuté en même temps que la paresthésie. Dans de nombreux cas, les malades se plaignent de désordres neuro-végétatifs situés dans la région cervico-faciale à type de bouffées de chaleur, de sudation abondante.

b) **Les symptômes associés d'origine arthrosique.**

Nous envisagerons successivement :

a) Les symptômes céphaliques.

b) Les symptômes cervicaux.

a) Les symptomes céphaliques.

Les céphalées.

Ce sont généralement des céphalées occipitales ; elles s'exacerbent la nuit et empêchent le malade de trouver une position confortable pour s'endormir ; elles s'accompagnent parfois de céphalées frontales ; elles sont à type de pesanteur plutôt que de névralgie.

Les vertiges et les bourdonnements d'oreilles.

Dans trois cas, il s'agissait de vertiges lors des changements de position ; chez l'un de ces malades, la paresthésie s'accentuait avec l'apparition du vertige.

Les bourdonnements d'oreilles sont aussi fréquents que les vertiges.

b) Les symptomes cervicaux.

Les cervicites.

Le symptôme principal est une contracture des muscles latéro-cervicaux : le malade éprouve une impression de tension musculaire douloureuse qui limite les mouvements de rotation de la tête et s'accompagne de craquements articulaires.

Les cervico-brachialites.

Elles sont caractérisées par des douleurs diffuses prédominant d'un côté et qui s'étendent de la partie basse du cou sur la région scapulaire. Ces douleurs s'irradient parfois jusqu'au coude ou au poignet en respectant les divisions métamériques des membres supérieurs.

c) **Les associations psychiatriques.**

Elles sont extrêmement fréquentes. Le malade est toujours persuadé d'avoir une affection somatique, ce qui est normal du fait de la fixité de la paresthésie et de la littérature abondante qui met en garde quiconque contre l'éventualité d'un cancer.

Mais ce qui est pathologique, c'est la difficulté que l'on éprouve à persuader les paresthésiques de la bénignité de leur mal.

P. Sébileau, dans sa monographie sur les *Cancers de la langue,* au chapitre intitulé « Les cancers psychiques », nous indique la conduite à tenir devant ces malades :

« ... Il convient au contraire, quand on se trouve en présence de ces psycho-cancéreux endurcis, de faire la part du feu, de concéder qu'on découvre dans leur bouche quelques légères manifestations anatomiques telles que l'hyperhémie, un peu d'augmentation de volume, un peu d'allongement papillaire, etc... mais que les troubles fonctionnels ressentis par eux sont hors de proportion avec la bénignité de ces minimes lésions appelées, après quelques semaines d'un traitement local et d'exécution facile, à guérir pour toujours.

« Et du moment où l'on s'est emparé de leur esprit et où lis ont donné leur confiance, ces obstinés, devenus dociles, se laissent en peu de temps amener à une vérité qui ne tarde pas à les enchanter ; mais il faut, tout d'abord, composer avec l'idée fixe qui les domine. »

Comment essayer de déterminer la part de psychisme dans la paresthésie ?

Devra nous donner l'éveil, la longue durée du syndrome, son exacerbation lors des chocs émotifs : contrariété, émotion, énervement, bruits, mésentente familiale, rupture.

Par contre, toute distraction ou travail absorbant effacera momentanément la paresthésie.

Parfois les troubles psychiatriques seront tellement évidents et prononcés que le diagnostic se fait au premier coup d'œil ; nous laisserons alors au psychiatre le soin du traitement, quitte à reprendre en main le malade quand l'amélioration se sera manifestée.

Du point de vue mental, nous avons classé nos malades en quatre catégories :

a) Les individus à psychisme normal.
b) Les psychasténiques.
c) Les hystériques.
d) Les malades atteints de syndromes psychiatriques graves.

a) *Les individus à psychisme normal.*

Ce sont des malades qui, par précaution, viennent se faire examiner et sont tout heureux d'apprendre la bénignité de leur mal. (Cancérophobes faciles à convaincre.)

b) *Les psychasthéniques.*

Nous en donnerons la description de P. Janet :

« C'est une entité clinique englobant l'angoisse, la phobie, l'obsession, ainsi que certains signes principalement subjectifs, qui accompagnent en sourdine ces syndromes de premier plan :

sentiments morbides tel que le sentiment d'étrangeté du monde extérieur et de sa propre personne.

sentiment de dépersonnalisation et la gamme des sentiments d'incomplétude.

préoccupations habituelles à base de doute, d'intérêt excessif à la santé, de péjoration de soi-même, de scrupule, de honte de soi.

impuissances psychiques telles qu'aboulie, irrésolution, inhibition intellectuelle, timidité et angoisse sociale.

manies mentales (de la symétrie, du symbole, de la précaution, de la propreté, de la perfection, de conjurations superstitieuses).

agitation, soit mentale (réserve forcée, rumination mentale, abus de la pensée stérile),

soit verbale (bavardage plus ou moins extériorisé),

motrice (gestes et tics de défense),

viscérale (émotivité sans cause extérieure).

Toutes ces manifestations sont pleinement conscientes, augmentent dans l'attention à soi-même et se suspendent dans la distraction. »

c) *Les hystériques.*

L'hystérie est une disposition mentale particulière,

tantôt constitutionnelle et permanente,

tantôt accidentelle et passagère,

qui porte certains sujets à réaliser des apparences d'infirmité physique, de maladies somatiques ou d'états psycho-pathologiques.

Les réalisations produites peuvent être créées d'emblée et de toutes pièces ou au contraire apparaître comme des surcharges, des exagérations ou des prolongations d'un état morbide légitime à son origine.

La cause est souvent affective, familiale, due à un état établi depuis longtemps et difficilement décelable.

d) *Les malades atteints de syndromes psychiatriques graves.*

Sous cette rubrique, nous englobons un cas de débilité mentale et trois cas de tentative de suicide.

Au terme de ce paragraphe, soulignons l'importance du psychisme sur l'évolution de la paresthésie pharyngée. Le dosage de l'intensité du désordre mental nous permettra de diriger vers le psychiatre des malades chez lesquels toute thérapeutique banale ne donnerait, isolée, aucun résultat.

LES SIGNES PHYSIQUES DE L'EXAMEN

Bien que l'interrogation ait déjà orienté le diagnostic, l'examen physique ne doit pas en être moins minutieux. Même s'il est négatif, cette investigation n'est pas stérile : elle permet de gagner plus facilement la confiance du malade, favorablement impressionné par la considération dont on entoure sa maladie. D'ailleurs, le malade inquiet ne se contente jamais d'un examen superficiel et vient régulièrement se faire confirmer l'intégrité de sa gorge.

Nous pratiquerons successivement :

I. — Un examen local.
II. — Un examen régional.
III. — Un examen général.
IV. — Des examens complémentaires.

I. - EXAMEN LOCAL

a) La cavité buccale.

Soucieux de découvrir l'origine de son mal, le patient nous aura déjà devancé dans l'examen qui lui est seul possible : celui de sa cavité buccale.

S'il est porteur de paresthésie linguale associée, il portera toute son attention sur cet organe ; devant une glace, tirant la langue dans une protraction forcée, il apercevra « à jour frisant » les volumineuses papilles du « V » lingual ; ces bourgeons charnus, en érection, seront pour lui la lésion cancéreuse responsable de son mal. Tranquillisons-le par un examen attentif et vérifions l'état de la denture : recherchons la présence d'une carie, d'une fistule, d'une gingivite, d'une stomatite. La découverte de l'une de ces lésions permettra de rapporter la phobie du malade sur une lésion concrète et peu inquiétante.

b) L'oro-pharynx.

Deux signes nous permettent de détecter une infection amygdalienne chronique :

un liseré rouge cernant les piliers antérieurs,
l'issue, après compression de l'amygdale dans sa loge à l'aide d'un abaisse-langue, de liquide puriforme ou de concrétions « mastic ».

Nous examinons ensuite la paroi postérieure de l'oro-pharynx à la recherche de sécrétions venues du cavum. Si, dans la plupart des cas, la muqueuse pharyngée paraît normale, nous avons cependant noté la fréquence des pharyngites hypertrophiques au cours des paresthésies pharyngées. La muqueuse est recouverte de petites végétations qui lui donnent un aspect granuleux plaidant en faveur de l'infection chronique... mais le sympathique ne joue-t-il pas un rôle prépondérant dans la génèse du tissu lymphoïde ?

On rencontre plus rarement des pharyngites sèches.

Nous terminons l'examen de l'oro-pharynx par un toucher digital à la recherche d'une classique « apophyse styloïde longue ».

c) **Le pharyngo-larynx.**

Par laryngoscopie indirecte, après anesthésie locale chez les malades nerveux (notons que celle-ci, loin de faire disparaître la gêne pharyngée, l'aggrave souvent), nous vérifions l'intégrité du larynx :

coloration,
motilité,
tumeur éventuelle.

Nous examinons ensuite la paroi postérieure du pharynx qui présente parfois, mais plus rarement qu'à sa partie moyenne, quelques granulations.

Nous vérifions enfin l'intégrité des sinus piriformes, de l'épiglotte puis de la base de langue, siège fréquent de varices, qui, aux dires de certains auteurs, est une étiologie fréquente des paresthésies pharyngées.

d) **Le cavum.**

La rhinoscopie postérieure sera souvent difficile à cause de l'hyperréflectivité du sujet et de la pharyngite hypertrophique qui rétrécit l'orifice inférieur du rhino-pharynx.

Elle nous montre souvent une persistance des amas lymphoïdes déversant en filets muqueux leurs sécrétions au-dessus de l'arbre aéro-digestif. Si notre attention est attirée du côté de l'appareil auditif par quelque trouble que ce soit, nous examinons tout particulièrement les bourrelets tubaires.

Nous jetons ensuite un coup d'œil sur les choanes à la

recherche de muco-pus ou de toute hypertrophie prononcée de la queue des cornets.

e) **Les fosses nasales.**

Nous examinerons tout particulièrement
les cornets,
la cloison, dont les anomalies peuvent agir à titre d'épine irritative,
le méat moyen, à la recherche d'une sécrétion purulente ou de la classique traînée nacrée de muco-pus barrant la face interne du cornet inférieur.
Cet examen est complété par une diaphanoscopie.

f) **Les oreilles.**

En cas d'otalgie, l'examen au spéculum doit être minutieux ; ne pas le faire risque de nous frustrer d'un succès facile. N'a-t-on pas signalé des paresthésies guéries par la simple ablation d'un bouchon de cérumen ?

En cas de bourdonnements ou d'hypoacousie, nous pratiquons un examen audiométrique.

II. - EXAMEN RÉGIONAL

a) **Recherche des adénopathies cervicales.**

La hantise du cancer ne doit pas nous quitter ; nous palpons minutieusement les aires ganglionnaires ; la perception d'une adénopathie suspecte doit nous faire reprendre notre examen et nous obliger à une surveillance hebdomadaire.

b) **Examen de la colonne cervicale.**

En cas d'arthrose, l'examen clinique mettra en évidence une limitation des mouvements de rotation de la tête avec sensation de craquements.

Chez une de nos malades, la rotation forcée de la tête déclenchait immédiatement la paresthésie.

La palpation, surtout chez les sujets maigres, permet en insinuant les doigts en arrière du sterno-cléido-mastoïdien, de découvrir un point douloureux au niveau d'une apophyse transverse.

Enfin, la palpation des trapèzes réveille souvent au point d'insertion supérieur une douleur sourde correspondant à la sensation de raideur et de contracture signalée par les malades le long de la face postérieure du cou.

L'association fréquente de scapulalgies nous conduit à examiner la région scapulo-humérale ; on constate l'atrophie d'un trapèze avec asymétrie scapulaire, une diminution des mouvements d'abduction du coude, des craquements articulaires.

c) **Examen du corps thyroïde.**

Nous palpons soigneusement l'aire thyroïdienne à la recherche d'une hypertrophie glandulaire diffuse ou localisée.

III. - EXAMEN GÉNÉRAL

De toute façon, nous recherchons chez ces malades une atteinte des paires craniennes, un syndrome de Claude-Bernard Horner. Si l'interrogatoire nous fait suspecter un dérèglement endocrinien ou digestif, si les examens de laboratoire objectivent un trouble de la diathèse humorale, nous confions le malade à un spécialiste.

IV. - EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Devant la fréquence des arthroses cervicales, notre premier geste doit être de pratiquer un examen radiologique du rachis cervical de face et de profil.

Si la diaphanoscopie décèle un sinus opaque, nous pratiquons un examen radiologique de ces cavités.

En cas de dysphagie, nous y associons la prise de clichés de l'œsophage et de l'estomac si le malade se plaint de douleurs épigastriques et de régurgitations acides.

Si l'examen général confirme la possibilité d'une dysthyroïdie, nous vérifions l'intensité du trouble par un métabolisme de base.

Enfin, nous faisons pratiquer une prise de sang pour vérifier le taux de l'urée, du sucre et du cholestérol. Nous demandons également un B.W. et une analyse d'urine.

Malgré un examen attentif, le plus souvent on ne trouve rien et c'est bien ce qui nous permet de poser le diagnostic de paresthésie.

FORMES CLINIQUES

Nous décrirons des formes étiologiques sans préjuger de la pathogénie exacte des paresthésies.

Il semble s'agir plutôt de syndromes fréquemment associés, soit ayant la même étiologie que la paresthésie, soit la favorisant en modifiant le terrain.

Une seule étiologie paraît bien assise : celle qui repose sur les lésions de la colonne cervicale. Les autres ne semblent jouer qu'un rôle prédisposant.

En fait, il semble que l'épine irritative locale cède le pas à la lésion régionale : la déformation de la colonne cervicale.

I. - PARESTHÉSIES PHARYNGÉES ET RACHIS CERVICAL

Comme l'avait exposé Terracol dans le rapport du Congrès d'O.R.L. de 1926, la fréquence des lésions rachidiennes au cours des paresthésies pharyngées est considérable.

Malheureusement, les lésions arthrosiques deviennent radiologiquement d'une telle fréquence après 50 ans que des statistiques basées sur leur seule présence ne signifient rien. Aussi n'avons-nous tenu compte dans nos statistiques que des cas où le syndrome clinique, vérifié radiologiquement, ne laissait aucun doute sur la présence d'une lésion cervicale.

Sur nos soixante observations, quinze malades seulement ne présentaient pas de lésions rachidiennes.

Parmi les quarante-cinq autres, on note :

Quarante et une arthroses ossifiantes.

Trois lésions post-traumatiques.

Une séquelle de localisation cervicale au cours d'un R.A.A.

a) Les lésions arthrosiques.

Les lésions arthrosiques se rencontrent deux fois sur trois chez les hommes.

Aux paresthésies anciennes correspondent généralement des images radiologiques avec fortes calcifications. Dans les paresthésies récentes (datant de quelques mois), il s'agit de lésions plus discrètes : pincement discal ou petite exophytose).

Chez nos malades, toutes les lésions s'étagent entre C4 et C7. Dans la plupart des cas, les lésions prédominent au niveau de C5/C6.

Du point de vue clinique, tous nos arthrosiques se plaignent d'une sensation de raideur des trapèzes s'étendant parfois à une épaule.

L'examen montre une limitation des mouvements de rotation de la tête avec sensation de craquement. Cette gêne est toujours plus marquée du côté de la paresthésie. Les céphalées occipitales sont très fréquentes et accompagnées parfois de bouffées de chaleur et de sudation au niveau de la face.

Chez ces malades, il existe souvent une dissociation dans l'évolution des différents symptômes ; généralement, la paresthésie n'apparaît que secondairement mais petit à petit elle devient prédominante et c'est seulement au cours d'un interrogatoire systématique que le malade signale sa raideur cervicale, ses céphalées, etc. Cette dissociation se retrouve au cours du traitement qui atténue certains signes sans influencer les autres.

b) **Les lésions post-traumatiques.**

Les lésions post-traumatiques sont très intéressantes à étudier : le point de départ est connu, l'interrogatoire plus facile à mener, les conclusions plus valables.

Voici d'ailleurs les observations de ces malades :

Mlle O... P., 33 ans :

Elle se présente à la consultation O.R.L. de l'Hôpital de la Conception pour des picotements dans la gorge ayant début il y a huit mois. En même temps se sont installées des douleurs dans les deux épaules et des céphalées occipitales.

L'interrogatoire nous apprend qu'il y a un an la malade a fait une chute de plusieurs mètres sur les talons à la suite de laquelle des radios du rachis cervical ont été pratiquées. Nous n'avons pas pu avoir connaissance de son dossier radiologique, mais la malade nous affirme que l'on aurait constaté un pincement discal ; avant de venir nous voir, Mlle O... a été traitée par des massages et des élongations sans résultats.

M. R... A., 25 ans :

Ce malade consulte pour une paresthésie pharyngée typique accompagnée de scapulalgie gauche d'apparition récente. Six mois auparavant il a été fortement commotionné par une explosion ; il présente un pincement discal sans doute secondaire au traumatisme.

Mme P... MM., 32 ans :

La malade est traitée pour un pincement discal (C6/C7) survenu à la suite d'une chute sur le coccyx, le 17 février 1953.

Un mois après l'accident, la patiente a ressenti des douleurs dans l'épaule et des céphalées du côté gauche, des vertiges et une sensation de striction au niveau de la gorge.

Cette sensation de striction, de boule dans la gorge, disparaissait au cours des repas.

c) **Lésion post-rhumatismale.**

Parmi nos soixante observations, nous n'en avons relevé qu'un cas, dont voici l'observation :

Mlle B... M., 23 ans :

La malade vient pour une sensation de poil dans la gorge ayant débuté il y a deux mois d'une façon insidieuse ; elle a eu, cinq ans auparavant, une crise de RAA avec localisation rachidienne cervicale.

Une radio de contrôle montre un aspect cyphotique du rachis cervical avec déformation des corps de C3, C4, C5 et applatissement du disque intervertébral C5/C6.

Il est à noter que contrairement aux malades porteurs d'arthroses séniles il s'agit, dans ces quatre observations, de sujets jeunes ayant subi un traumatisme ou une localisation inflammatoire dont les séquelles radiologiques ressemblent étrangement aux lésions arthrosiques banales.

II. - PARESTHÉSIES PHARYNGÉES ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Après les lésions du rachis cervical, ce sont les troubles psychiatriques qui sont le plus fréquemment associés aux paresthésies pharyngées.

Parmi nos soixante observations, nous avons trouvé :

Vingt-six individus à psychisme normal.

Vingt-huit psychasthéniques.

Trois hystériques.

Trois malades atteints de syndromes psychiatriques graves dont un débile mental et deux mélancoliques dans les antécédents desquels on relève une tentative de suicide.

III. - PARESTHÉSIES PHARYNGÉES ET TROUBLES ENDOCRINIENS GÉNITAUX

a) Chez la femme.

Les paresthésies pharyngées chez les femmes en déséquilibre génital et psychique sont très fréquentes et ont été décrites dans d'anciens ouvrages :

Dans un traité *Des Maladies des Femmes,* paru en 1763, l'auteur, J. Astruc, Professeur Royal de Médecine et Médecin Consultant du Roi, en donne la description suivante dans son chapitre « De la passion hystérique ou suffocation utérine » :

« Les impressions augmentant dans la matrice, les reflux lymphatiques qui se font alors portent les esprits animaux dans les muscles du larynx, du pharynx, de l'os hyoïde et quelquefois même de la langue, ce qui produit un resserrement dans les parties assez fort pour obliger les malades à se plaindre d'étrangler... »

Les paresthésies pharyngées se rencontrent surtout à la fin de la vie génitale.

a) *Avant la ménopause.*

A peu près toutes les jeunes femmes traitées dans le service signalent une recrudescence de leurs paresthésies à l'approche des règles ; cette constatation est tout à fait banale et expliquable du fait du déséquilibre psychique et des troubles vaso-moteurs associés.

Chez une de nos malades, l'influence nous a semblée prépondérante :

M^lle M... A., 26 ans :

Le malade se plaint de paresthésies pharyngées apparues il y a deux ans, à la suite d'un choc émotif. Depuis, les cycles menstruels sont perturbés et les paresthésies deviennent intolérables deux ou trois jours avant l'apparition des règles.

De plus, cette jeune personne présente un type « hyperfolliculinique » très marqué et les radiographies montrent une arthrose cervicale incontestable sans doute secondaire, vu son âge, à ses troubles endocriniens. Faut-il imputer la paresthésie à l'arthrose ou directement aux perturbations hormonales ? Il est difficile de trouver des arguments irréfutables en faveur de l'une ou l'autre origine.

b) *Au cours de la ménopause.*

Parmi nos observations, sept de nos malades présentent une paresthésie pharyngée secondaire à la ménopause.

L'une d'entre elles a une ménopause artificielle.

Le début de la gêne pharyngée varie entre six mois avant et un an après l'arrêt définitif des règles.

Quatre ont une arthrose typique ; les trois autres ont des rachis suspects.

Ici se pose encore le problème de l'influence directe ou par l'intermédiaire des lésions rachidiennes cervicales, des troubles endocriniens.

Comment expliquer ce parallélisme entre les lésions rachidiennes, les troubles génitaux et les paresthésies ?

Fl. Coste, dans ses *Etudes cliniques et thérapeutiques sur le rhumatisme,* nous dit :

« C'est la fréquence des manifestations algiques, la précocité des processus osseux dégénératifs chez la femme castrée et même au cours des états d'hyperfolliculinie (Bret), mais c'est surtout la ménopause physiologique, celle qui s'étend sur les dix années qui englobent l'arrêt des règles, qui est la grande pourvoyeuse de rhumatismes... » Puis plus loin : « Au processus osseux catabolique viennent s'ajouter en effet des troubles vasculo-sympathiques... »

En conclusion, on pourrait dire que l'arthrose cervicale, secondaire aux troubles endocriniens, lèse le sympathique cervical et crée dans le plexus péri-pharyngien un déséquilibre propice à l'éclosion de la paresthésie.

b) **Chez l'homme.**

Les points de repère sont bien imprécis et l'humiliation d'une hypogénitalité avouée rend l'interrogatoire délicat.

Cependant, l'un de nos malades, M. R... Ch., 44 ans, nous a signalé au cours de l'interrogatoire qu'en même temps qu'apparaissait sa paresthésie, s'est installé progressivement une impuissance génitale avec perte de la « libido ».

Ce malade présente une arthrose typique, manifestation banale de l'andropause.

IV. - PARESTHÉSIES PHARYNGÉES ET CORPS THYROIDE

Parmi nos malades, huit sont porteurs d'une hyperthyroïdie : quatre hommes et quatre femmes.

Il s'agit dans tous ces cas d'hyperthyroïdie légère avec hypertrophie du corps thyroïde.

Six ont un goitre diffus, deux des nodules thyroïdiens.

Tous ces malades sont ou ont été traités du point de vue endocrinien. Il semble que leurs paresthésies comme d'ailleurs leur psychisme (deux hystériques, quatre psychasthéniques) évoluent parallèlement à leur hyperthyroïdie.

Par contre, le début de la paresthésie ne coïncide pas avec le début de leurs troubles endocriniens.

Cependant, au cours de chaque poussée évolutive du goitre, la paresthésie devient intolérable.

Il est probable que l'hyperthyréose influence la paresthésie principalement par l'intermédiaire du psychisme et des désordres neuro-végétatifs associés.

Cinq de ces malades étaient porteurs d'arthrose typique.

V. - PARESTHÉSIES PHARYNGÉES ET TROUBLES DIGESTIFS

Les paresthésies pharyngées associées à des troubles digestifs sont l'apanage du sexe masculin.

Neuf de nos malades sont porteurs de telles lésions :
Sept hommes et deux femmes.

Il s'agit dans tous les cas de syndromes digestifs hauts.

Cette association a donné matière à un certain nombre de publications dont deux du Docteur Maurice Jacod, en mai 1952 et septembre 1954.

Cette catégorie de paresthésie est importante à détecter car son traitement est différent et son pronostic favorable.

La symptomatologie varie peu d'un malade à l'autre : il s'agit la plupart du temps d'hommes autour de la quarantaine. Ces malades se plaignent de paresthésies typiques qui seraient facilement supportées si elles n'étaient pas exacerbées plusieurs fois par jour par un pyrosis. Le malade le décrit comme une éructation précédée de brûlure et de pesanteur épigastrique et accompagnée de régurgitation de liquide gastrique.

Arrivé au fond de la gorge au contact de la muqueuse paresthésique, le liquide produit une sensation de cuisson comparable à celle du vinaigre sur une plaie à vif.

Cette brûlure s'atténue progressivement ; elle est calmée par l'absorption lente de liquides alcalins ; par contre, elle est réveillée par les liquides acides : jus de citron, vinaigrette.

Au bout d'une dizaine de minutes persiste seule une irritation pharyngée de type paresthésique.

Ces malades souffrent généralement de syndromes ulcéreux bâtards ; la présence d'un ulcère de l'estomac n'a jamais été constatée radiologiquement ; ce sont des *dyspeptiques*. L'un d'entre eux était porteur d'un diverticule médio-thoracique, responsable de ses régurgitations.

Il semble d'ailleurs que de nombreux dyspeptiques soient atteints de paresthésies pharyngées ; on ne voit dans les services O.R.L. qu'une fraction de ces individus qui inondent les services de gastro-entérologie.

Il paraît exister une parenté étroite entre les paresthésies pharyngées et les dyspepsies :

I) Du point de vue pathogénique, à cause de l'importance du facteur neuro-végétatif dans ces deux syndromes.

II) Du point de vue clinique par la fréquence des troubles vaso-moteurs et psychiatriques qui leur est commune.

III) Du point de vue thérapeutique par la difficulté de traiter ces maladies dont le cadre est fait d'instabilité neuro-végétative et de troubles mentaux.

VI. - PARESTHÉSIES PHARYNGÉES ET PATHOLOGIE O.R.L.

Un examen O.R.L. chez un individu en bonne santé apparente est rarement négatif ; aussi attachons-nous peu d'importance au fait que 50 % de nos malades présentaient des lésions infectieuses minimes des cavités annexes.

Nous n'avons relevé dans nos observations qu'un petit nombre de sinusites maxillaires chroniques muettes cliniquement.

Cinq de nos malades étaient porteurs d'amygdales pathologiques mais les épisodes angineux aigus ne paraissaient pas influencer les paresthésies pré-existantes.

Cependant, quelques lésions semblent accompagner fréquemment la gêne pharyngée ; ce sont :

A) les pharyngites chroniques sèches ou hypertrophiques.

B) les varices de la base de langue.

a) **Les pharyngites chroniques.**

Elles se traduisent fonctionnellement par une sécheresse pharyngée.

A l'examen, on est frappé par la coloration rouge framboisée de la muqueuse et par la prolifération en îlots du tissu lymphoïde.

Plus rarement, il s'agit de pharyngites atrophiques avec aspect croûteux de l'oro-pharynx et hypoesthésie de la muqueuse facilitant la laryngoscopie indirecte.

Ces lésions sont haut situées et n'intéressent pas le siège de la paresthésie.

b) **Les varices de la base de langue.**

Elles sont moins fréquentes et restent localisées. Elles s'accompagnent d'un aspect hyperhémique de la muqueuse qui prend une teinte « lilas ».

Il faut enfin signaler la fréquence du début post-grippal de la paresthésie.

Dans certaines de nos observations, la maladie ne remontait qu'à quelques semaines et les malades étaient affirmatifs sur l'apparition de leur mal dès la fin d'une angine ou d'une grippe.

VII. - PARESTHÉSIES PHARYNGÉES D'ORIGINE RÉFLEXE

Le seul test est la guérison lors de la suppression de l'épine irritative.

Personnellement, nous n'avons pas recherché systématiquement la présence d'une anomalie infime peut-être responsable de la paresthésie. Nous nous sommes inquiétés que des cas flagrants : bouchons de cérumen, volumineuse hypertrophie des cornets ou forte déviation de la cloison amenant une insuffisance respiratoire nasale.

Nous n'avons jamais eu l'heureuse surprise en enlevant des

bouchons ou en cautérisant des cornets de constater du même coup la disparition de la paresthésie.

Cependant certains auteurs ont publié des cas évidents de paresthésies effacées par de tels actes médicaux. En 1948, Maurice Vernet signale qu'une dysesthésie tubaire pouvait provoquer des paresthésies pharyngées. En voici le compte rendu donné par Becart dans *La Presse Médicale* :

« Ce mal de gorge allant de la douleur à la simple gêne s'accompagne presque toujours d'une impression de fausse présence ou d'obstruction, de sécheresse, de fatigue vocale ; mais symptôme essentiel, il disparaît en mangeant alors que la déglutition à vide l'accentue... La simple ouverture de la trompe d'Eustache par la manœuvre de Politzer fait instantanément disparaître ce mal de gorge particulier et rebelle à des traitements locaux parfois fort longs. »

Jacod, dans un article paru dans le *Journal Français d'O.R.L.* en mai 1952, décrit un cas typique du même genre.

Certains auteurs ont recherché le point de départ du réflexe en dehors de la sphère O.R.L.

Rigby en 1952, dans un article intitulé « Boule hystérique », signale des paresthésies secondaires à une tension des globes oculaires (disparaît par le port de verres appropriés), à une polypose rectale.

Il faut bien reconnaître qu'il est difficile de trouver un rapport anatomique entre une polypose rectale et une paresthésie pharyngée et qu'il est tout aussi malaisé de relier la cause rectale à l'effet pharyngé par un lien logique, aussi ténu soit-il.

VIII. - PARESTHÉSIES ASSOCIÉES

Sans parler des irradiations douloureuses que l'on rencontre au cours des paresthésies, il faut signaler la relative fréquence des associations paresthésiques.

Dans ces associations, la localisation pharyngée est généralement prédominante.

Parmi nos soixante observations, nous trouvons :

Dix paresthésies laryngées.
Six paresthésies linguales.
Deux paresthésies palatines.

a) Paresthésies laryngées.

Ces paresthésies laryngées se manifestent cliniquement par une irritation qui provoque une toux réflexe.

Elles s'accompagnent d'une certaine raucité de la voix.

Lors des paroxysmes, le malade a l'impression d'étouffer.

Ces paresthésies évoluent parallèlement aux troubles pharyngés et guérissent avec eux.

b) **Paresthésies linguales.**

Elles sont généralement composées de deux symptômes :
une douleur de type névralgique s'irradiant le long du bord latéral de la langue,
des picotements de topographie identique et de type paresthésique.

Ces picotements disparaissent au cours des repas tandis que la névralgie est parfois déclenchée par les mouvements de la langue.

Dans nos six observations, ces paresthésies étaient situées du même côté que la gêne pharyngée.

c) **Paresthésies palatines.**

Elles sont assez rares et se caractérisent par une sensation de chatouillement extrêmement gênante située au sommet de l'ogive palatine.

Elles obligent le malade à frotter son palais avec sa langue pour atténuer les picotements. Elles disparaissent au cours des repas.

IX. - PARESTHÉSIES D'ORIGINE DIATHÉSIQUE

Les renseignements nous manquent pour avoir une opinion précise sur ce point.

Cependant, de tout temps, dans les articles concernant ce sujet, les auteurs signalent des paresthésies
chez les uricémiques,
les diabétiques,
les albuminuriques,
les hépatiques.

Chez ces malades, la paresthésie n'est qu'un épiphénomène et passe inaperçue au milieu des signes généraux et l'on conçoit que peu de ces malades se présentent dans les consultations O.R.L.

X. - PARESTHÉSIES PHARYNGÉES ET INTOXICATIONS

Un de nos malades, M. B... L., 33 ans, entre à l'hôpital pour arsénicisme chronique.

Il présentait une paresthésie pharyngée typique qui était apparue en même temps que les signes d'intoxication et qui a évolué parallèlement à ceux-ci.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des paresthésies pharyngées est généralement facile à poser. Il est cependant très important de ne pas le porter à la légère et de n'étiqueter la maladie que sur la symptomatologie fonctionnelle évidemment très suggestive. Il s'agit de malades dont l'âge doit faire redouter le cancer et un examen systématique O.R.L. est indispensable.

Si le diagnostic est facile à poser, une tâche délicate attend le médecin : celle de le faire admettre par le patient. Il faut dire au malade et répéter sans cesse : « Vous n'avez pas de cancer ; ce sont des lésions congestives qui sont cause de votre mal ; si vous aviez un cancer, nous vous hospitaliserions immédiatement ; pour vous soigner, un bon traitement médical est suffisant... etc.

A chaque nouvelle consultation, il faut s'appliquer à cette tâche de persuasion et reprendre de bout en bout l'examen.

On évitera cependant de parler d'examen négatif ; le sujet exige que l'on rattache son mal à une lésion tangible ; rien n'est plus nocif pour le psychisme de l'individu que l'incertitude.

Nous allons étudier successivement :

I. — Le diagnostic positif.

II. — Le diagnostic différentiel.

III. — Le diagnostic étiologique.

DIAGNOSTIC POSITIF

Il se pose sur les signes fonctionnels. Il s'affirme sur la négativité de l'examen.

C'est une impression de gêne pharyngée que le malade compare à un chatouillement, à une striction, à une sensation de corps étranger ; elle s'accompagne d'une impression de stase salivaire.

Signe capital, le malade localise ces symptômes au niveau des grandes cornes de l'os hyoïde. Cette gêne disparaît au cours des repas mais s'exacerbe lors de la déglutition « à vide ».

L'examen O.R.L. est généralement négatif.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

En principe, la paresthésie pharyngée est la seule lésion pharyngée dont la symptomatologie s'atténue jusqu'à disparaître au cours des repas.

Cependant, certaines lésions dysphagiques peuvent dans leurs formes mineures ou au tout début de leur évolution la simuler.

Par l'examen, nous éliminerons :

A) Des lésions locales.

B) Des lésions régionales.

C) Des lésions neurologiques.

a) Des lésions locales.

a) D'ORIGINE INFLAMMATOIRE.

I) *Les amygdalites chroniques.*

Elles rappellent les paresthésies par la longue durée de la gêne qui s'est installée après un syndrome aigu et peut persister, inchangée, plusieurs mois.

Si le contact des boissons tièdes peut atténuer la gêne, la déglutition du bol alimentaire réveille toujours une certaine douleur.

A l'examen, l'expression de l'amygdale fait sourdre un liquide puriforme ou accouche des cryptes amygdaliennes des concrétions jaunâtres et fétides.

II) *Les pharyngites basses.*

Elles s'installent souvent au décours d'une grippe. Elles se rapprochent de la paresthésie par une brûlure pharyngée basse calmée par l'absorption de liquides.

Elles s'en éloignent par la rapidité de l'évolution (quelques jours) et la guérison spontanée.

III) *Les séquelles d'infections spécifiques.*

Chez les malades porteurs de lésions tuberculeuses ou syphilitiques cicatrisées, il persiste souvent une gêne pharyngée continue mais elle s'accompagne de dysphagie et l'examen ne laisse pas de doutes.

b) ORIGINE TUMORALE.

I) *Les cancers pharyngés ou pharyngo-laryngés.*

Ils doivent être la première préoccupation du médecin.

Au début de leur évolution, ils se rapprochent de la paresthésie par la gêne minime que perçoit le malade et qui peut très bien s'atténuer lors de la déglutition, ce qui montre tout l'intérêt de suivre ces malades et de confirmer par des examens successifs l'intégrité de leur pharynx.

A ce propos, Robin et Berlandier ont parlé de « *paresthésies pré-cancéreuses* ». Le terme nous paraît impropre et il semble plutôt s'agir de cancers « au début » passés inaperçus lors des premiers examens.

En effet, par définition, la paresthésie pharyngée est un syndrome fonctionnel sans lésion somatique locale.

II) *Les tumeurs bénignes pharyngo-laryngées.*

Elles sont à signaler et les troubles fonctionnels qu'elles provoquent peuvent simuler une paresthésie ; l'examen rétablit le diagnostic.

c) Les corps étrangers du pharynx.

Comme le fait remarquer Escat en 1927, dans un article paru dans le *Bulletin Médical* : « Ce sont surtout les corps étrangers disparus qui laissent de leur passage une sensation paresthésique durable. »

En fait, la notion de corps étrangers, l'installation brutale du syndrome nous feront soupçonner le diagnostic mais l'examen visualisera difficilement la petite effraction muqueuse en voie de cicatrisation.

En cas de corps étrangers présents, la dysphagie fait éliminer d'emblée la paresthésie.

b) **Des lésions régionales.**

a) D'origine osseuse.

I) *L'ostéo-arthrite déformante de la colonne cervicale.*

Au cours de certaines déformations considérables du rachis cervical, les corps vertébraux viennent faire hernie en avant, réduisant la lumière du pharynx.

Un véritable éperon osseux repousse la paroi pharyngée et amène des perturbations dans le premier temps de la déglutition. Il ne s'agit plus d'une paresthésie pharyngée d'origine arthrosique mais d'une véritable dysphagie.

L'examen est gêné par la voussure de la paroi postérieure du pharynx qui rend toute manœuvre endoscopique aléatoire.

II) *Le mal de Pott cervical.*

Il est classique de le citer. En fait, il s'agit d'une dysphagie et non d'une paresthésie.

III) *L'apophyse styloïde longue.*

Le syndrome de l'apophyse styloïde longue fait partie classiquement des paresthésies pharyngées. On peut vraiment se demander pourquoi.

Il en diffère du point de vue fonctionnel car il donne un syndrome dysphagique haut,

Du point de vue physique par le réveil d'une douleur et la sensation d'un cordon dur lors de la palpation de l'amygdale.

Pas plus que la clinique, son traitement n'a de rapports avec celui des paresthésies pharyngées.

b) D'ORIGINE VISCÉRALE.

Certaines lésions de l'œsophage peuvent simuler une paresthésie.

On a signalé des paresthésies au cours des diverticules de l'œsophage ; la plupart du temps, il s'agit plutôt de syndromes dysphagiques.

Cependant, P. Mounier-Kuhn, Cl. Béraud et A. Persillon décrivent le cas d'un sujet porteur d'une paresthésie pharyngée accompagnée de reflux de suc digestif dû à un petit diverticule œsophagien médio-thoracique.

c) **Des lésions neurologiques.**

Les névralgies.

Elles s'éloignent de la paresthésie pharyngée par la douleur qui procède par paroxysme, qui n'est pas angoissante et cède aux médications antalgiques banales et à la chaleur locale.

Signalons les névralgies du lingual qui sont parfois asosciées à des paresthésies et qui s'irradient le long du bord et jusqu'à la pointe de la langue.

Les névralgies du glosso-pharyngien qui s'irradient à la base de langue et à l'oreille.

Les névralgies du pneumo-gastrique qui intéressent l'hypopharynx et le larynx.

Les névralgies du laryngé supérieur qui sont réveillées par la compression du nerf au point où il perfore la membrane thyro-hyoïdienne.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Plus que d'établir un diagnostic étiologique, il s'agit de rechercher les associations morbides dont le traitement facilitera la guérison de la paresthésie.

Toute classification est entachée d'un certain caractère artificiel ; nous nous contenterons d'énumérer simplement les huit types d'associations qui nous ont paru les plus fréquentes.

I) *Les paresthésies pharyngées associées à une arthrose cervicale.*

II) *Les paresthésies pharyngées associées à des troubles psychiatriques.*

III) *Les paresthésies pharyngées associées à des troubles génitaux.*

IV) *Les paresthésies pharyngées associées à des troubles thyroïdiens.*

V) *Les paresthésies pharyngées associées à des troubles digestifs.*

VI) *Les paresthésies pharyngées associées à des troubles de la sphère O.R.L.*

VII) *Les paresthésies pharyngées d'origine réflexe.*

VIII) *Les paresthésies pharyngées d'origine diathésique.*

Au terme de ce chapitre, nous rappellerons le danger d'étiqueter « paresthésie pharyngée » une gêne pharyngée sans vérifier par plusieurs examens successifs l'intégrité du carrefour aéro-digestif.

Nous insisterons également sur l'importance de rechercher les associations morbides dont l'identification permettra de prescrire un traitement approprié.

PRONOSTIC

Après avoir éliminé, dans le chapitre précédent, ce qui peut faire errer le diagnostic, nous pouvons affirmer la paresthésie pharyngée. La première question que pose le patient est : « Que me réserve l'avenir ? ». Et voici le pronostic :

Le pronostic des paresthésies non traitées se base à notre avis en grande partie sur le psychisme du malade. Ce qui compte, ce n'est pas tellement la disparition définitive de la paresthésie, éventualité rare et souvent incertaine, mais le fait qu'elle ne gêne plus le malade.

On voit, dans les consultations hospitalières, certains patients dociles et équilibrés qui viennent régulièrement faire vérifier leur gorge « par précaution » comme on le leur a conseillé. Ils connaissent la bénignité de leur mal ; leur paresthésie est très atténuée et ne les gêne plus.

Par contre, au cours des psychoses graves, quel que soit le traitement entrepris, il est bien rare que la paresthésie, même si elle guérit, ne récidive pas sur un mode majeur tant que l'état mental n'est pas amélioré.

Cependant, certaines paresthésies guérissent plus facilement que d'autres :

Ce sont celles où le mécanisme somatique est prédominant.

Par exemple, en cas d'arthroses très prononcées, il semble qu'au bout d'un certain temps les lésions s'organisent et alors que les phénomènes d'ankylose s'accentuent, les phénomènes irritatifs de type paresthésique et vaso-moteur tendent à disparaître spontanément.

Ce ne sont évidemment que des impressions, le recul manquant pour être affirmatif.

Dans le cas de paresthésies au cours des dyspepsies, la symptomatologie gastro-œsophagienne est souvent prépondérante et la paresthésie s'atténue considérablement avec la guérison de la dyspepsie.

Mais c'est souvent le psychiatre qui peut établir le pronostic, le désordre somatique ne jouant qu'un rôle secondaire dans l'évolution de la lésion.

PATHOGÉNIE

La pathogénie des paresthésies pharyngées est complexe. La lésion-mère reste cachée au cours de l'examen le plus attentif et l'explication que nous livrons à la bonne foi du patient est loin de la réalité.

Cependant la fréquence du syndrome paresthésique au niveau du pharynx peut s'expliquer par la richesse du plexus nerveux de cet organe ; on conçoit par contre la difficulté de désigner un responsable parmi les nerfs qui le constituent.

La systématisation des fibres sensitives et motrices est connue mais celle des neurones sympathiques et des ganglions cervicaux qui nous intéresseraient spécialement est encore imparfaitement décrite.

Les bases physiologiques et expérimentales sont rares et imprécises.

Les constatations cliniques sont soumises à l'appréciation souvent fantaisiste de malades à psychisme perturbé. Seule la fréquence de certaines associations morbides permet des déductions valables pour l'élaboration d'une pathogénie.

L'effet de certaines substances dont la pharmacologie est connue étayera nos conclusions.

Au terme de cette revue analytique, peu de faits précis seront mis en évidence ; aussi serons-nous abandonnés à nos impressions cliniques et plus qu'une pathogénie nous tenterons d'élaborer une théorie pathogénique.

I. - ÉTUDE ANALYTIQUE

Nous étudierons successivement :

A) Des bases anatomiques.
B) Des bases physiologiques.
C) Des bases cliniques.
D) Des bases pharmaco-dynamiques.

a) Bases anatomiques.

Le pharynx est un conduit musculo-aponévrotique tapissé par une muqueuse de type digestif. La portion qui nous intéresse, siège des paresthésies, est située en regard des grandes cornes

de l'os hyoïde. C'est la troisième portion de l'organe ou « *hypo-pharynx* ».

Il est limité à sa partie inférieure par la bouche œsophagienne. La portion musculaire est formée par le muscle constricteur inférieur du pharynx doublé sur sa face endocavitaire par des fibres du constricteur moyen.

Ce plan musculaire en forme de gouttière ouverte en avant est tapissé sur sa face convexe par l'aponévrose péri-pharyngée qui le sépare par l'intermédiaire d'un plan de glissement celluleux de la colonne cervicale et des formations vasculaires et sympathiques annexes.

Sa face concave est séparée de la muqueuse par une couche cellulo-fibreuse appelée « aponévrose intra-pharyngée ».

Sur les parties latérales de l'aponévrose péri-pharyngée s'étale le riche plexus péri-pharyngé où s'intriquent des rameaux du Glosso-pharyngien, du Pneumogastrique et du Grand Sympathique. Ce plexus pharyngien est responsable de l'innervation sensitive, motrice et végétative de l'hypo-pharynx.

En dehors du contingent sympathique émane directement des ganglions spinaux, mentionnons l'apport de fibres neuro-végétatives par les troncs des nerfs pneumogastrique et glosso-pharyngien.

Le centre neuro-végétatif du glosso-pharyngien est constitué par deux noyaux :

LE NOYAU SALIVAIRE INFERIEUR, situé au-dessous de la colonne lacrymo-muco-nasale et salivaire supérieure annexé au VII et surplombant les noyaux du Pneumogastrique.

Les axones de ce noyau se joindraient aux fibres sensitivo-motrices du nerf et seraient versés par le nerf de Jacobson et sa branche « PETIT PETREUX PROFOND » au ganglion otique et au nerf auriculo-temporal, nerf de la salivation parotidienne.

LE NOYAU VISCERO-SENSIBLE, de sensibilité organo-végétative inconsciente, commun au Pneumogastrique et au Glosso-pharyngien.

Le centre neuro-végétatif du pneumogastrique est constitué par deux noyaux :

Le NOYAU VISCERO-SENSIBLE déjà cité.

La COLONNE CARDIO-PNEUMO-ENTERITIQUE située au-dessous de la colonne lacrymo-muco-nasale du IX.

Le SYMPATHIQUE CERVICAL possède un centre segmentaire situé au niveau de la colonne intermedio-latéralis. Classiquement, il prend naissance au niveau de C8. En fait, il semble qu'il existe, du moins physiologiquement, un centre cervico-facial supérieur en C3/C4 et un centre iridio-dilatateur en

C4/C7. De ces centres les neurones vont faire synapse soit dans les ganglions prévertébraux ou péri-viscéraux, soit dans les formations intra-murales.

Telles sont les origines du plexus péri-pharyngien qui fait partie du point de vue végétatif du groupe viscéral supérieur qui englobe en outre les glandes salivaires, le système buccal, le groupe cilio-spinal, le sympathique thyroïdien.

De ce plexus vont se détacher de nombreux neurones qui, après avoir perforé l'aponévrose péri-pharyngée, vont se rendre aux différentes couches tissulaires.

Les fibres sympathiques suivent généralement les vaisseaux et vont s'anastomoser dans les formations intra-murales : plexus myentérique d'Auerbach et plexus sous-muqueux de Meissner.

En conclusion, nous noterons l'impossibilité d'une systématisation anatomique précise des éléments constituant le plexus péri-pharyngien ; la richesse d'innervation du pharynx ; l'intrication des centres pharyngés et des centres buccaux, salivaires et œso-gastriques.

b) **Bases physiologiques.**

La section ou l'excitation du Pneumo-gastrique ou du Glosso-pharyngien ne donnant jamais naissance à des syndromes comparables aux paresthésies pharyngées, nous nous contenterons de passer en revue les quelques éléments physiologiques qui peuvent intéresser l'innervation sympathique du pharynx.

Les faits expérimentaux sont rares ; par contre, il existe de nombreuses publications concernant les phénomènes sympathiques oculaires, salivaires, œsophagiens ; aussi nous permettons-nous quelques analogies.

a) *Les faits expérimentaux.*

Laignel-Lavastine et Cantonnet signalent qu'en principe les lésions hautes du sympathique cervical donnent surtout des troubles pupillaires tandis que les lésions basses s'accompagnent au maximum de troubles vaso-moteurs et sécrétoires.

R. Leriche et R. Fontaine, dans un article sur le rôle physiologique du ganglion moyen, rapportent certaines constatations post-opératoires dont voici l'essentiel :

« Au lendemain de certaines opérations sur la chaîne sympathique cervicale, les malades se plaignent souvent d'avoir la gorge sèche, d'être enroués et d'éprouver une véritable gêne pour déglutir.

« ... Les opérés n'arrivent plus à avaler leur salive : leur voix est très modifiée, sourde, bitonale même.

« La seconde fois que nous avons observé ces phénomènes de façon vraiment nette, après une ablation du ganglion supérieur et ramicotomie basse faite par deux incisions différentes, nous avons à l'examen de la gorge trouvé une forte hyperhémie de la paroi pharyngée du côté opéré et du rebord laryngé.

« ...Il est donc incontestable que certaines opérations sur le sympathique cervical amènent d'importantes modifications circulatoires au niveau du larynx et du pharynx. Il est probable qu'elles agissent également sur la musculature laryngée (légère parésie des constricteurs = raucité de la voix).

« ... Pour ce qui est de l'innervation vaso-motrice pharyngo-laryngée, il nous avait semblé que les petits troubles que nous avons observés (enrouement, sécheresse de la gorge, etc.) ne se voyaient guère que quand l'intervention s'était rapprochée de la partie moyenne de la chaîne. Mais ce n'était là qu'impression à préciser.

« Or, tout récemment, nous avons eu l'occasion d'enlever le ganglion moyen isolement, sans dissection ou manipulation de la chaîne et voici ce que nous avons pu observer : le lendemain matin, l'opéré se plaignit d'un empâtement de la gorge ; il parlait et avalait difficilement ; il éprouvait l'impression que sa langue n'avait pas assez de place dans sa bouche. »

b) *Quelques analogies.*

Les nombreuses expériences de section et d'excitation des fibres sympathiques du système digestif et du groupe cervical supérieur nous montrent qu'il est extrêmement difficile de déterminer le rôle du sympathique par rapport à celui du para-sympathique.

L'étude pharmacodynamique de certains produits ne nous apprend rien de plus, les effets étant variables suivant les doses et suivant les organes.

De plus, les conditions expérimentales sont loin d'être physiologiques ; aussi est-ce de propos délibéré que nous n'avons pas tenu compte du para-sympathique dans la recherche de la pathogénie des paresthésies pharyngées.

Au terme de cette étude physiologique, retenons l'importance du ganglion cervical moyen, quand il existe, ou tout au moins du sympathique cervical moyen et la fréquence des perturbations associées du pharynx, du larynx et de la langue au cours des interventions sur la partie moyenne de la chaîne sympathique cervicale.

c) **Bases cliniques.**

a) *Les signes fonctionnels.*

La gêne pharyngée revêt tous les aspects d'une sympatho-paresthésie : c'est une sensation difficile à décrire si ce n'est par

comparaison. Elle effraie le malade par sa ténacité et s'accompagne d'angoisse.

Elle siège sur un organe apparemment sain.

Les sédatifs banaux n'ont aucune action sur elle.

Elle s'accompagne souvent de troubles sécrétoires (sécheresse buccale et pharyngée) et vaso-moteurs (bouffées de chaleur).

Elle est considérablement influencée par le psychisme de l'individu. De plus, on constate sa fréquence au cours des états morbides s'accompagnant de troubles neuro-végétatifs : dyspepsie, troubles thyroïdiens ou génitaux, ménopause.

b) *Les syndromes associés.*

1) Les lésions du rachis cervical :

Les lésions arthrosiques sont extrêmement fréquentes ; elles constituent l'étiologie la plus courante dans les atteintes du sympathique.

Les fibres sont généralement lésées au niveau des trous de conjugaison ; le rameau communiquant blanc se trouve à l'étroit dans un défilé rétréci par les calcifications ligamentaires et l'affaissement des corps vertébraux. Secondairement, la chaîne sympathique peut être lésée par les exo-phytoses antérieures et les déformations accentuées de la colonne cervicale.

2) Les troubles psychiques :

Comme nous l'avons signalé, la majorité de nos paresthésiques était atteinte de psycho-névroses. Claude, en 1924, puis Laignel-Lavastine ont insisté sur le déséquilibre neuro-végétatif qui accompagne régulièrement ces psychoses émotionnelles.

3) Les troubles endocriniens génitaux :

Spécialement chez la femme en période de ménopause, les désordres neuro-végétatifs sont souvent intenses ; la fréquence des paresthésies à cette époque de la vie génitale est un argument de plus en faveur de la théorie sympathique.

4) Les dysfonctionnements thyroïdiens :

L'étude clinique des hyperthyroïdies, si riches en manifestations émotives et en troubles neuro-végétatifs, nous explique la fréquence des paresthésies pharyngées au cours de ces états.

Elles façonnent un terrain favorable à l'éclosion de la paresthésie.

5) Les troubles digestifs.

Il y a incontestablement identité de terrain chez les dyspeptiques et chez les paresthésiques. Les troubles neuro-végétatifs et les paresthésies y sont tout aussi fréquents.

d) **Bases pharmacodynamiques.**

Les analgésiques banaux tels que barbituriques, bromures, n'ont aucun effet sur les paresthésies.

Par contre, les thérapeutiques à visée sympathique telles que les infiltrations de syncaïne, les sympatholytiques tels que l'Hydergine semblent agir efficacement sur la gêne pharyngée.

Il serait évidemment intéressant de vérifier nos présomptions en expérimentant les substances sympathomimétiques qui devraient exacerber la paresthésie.

II. - ÉTUDE SYNTHÉTIQUE

Si nous passons en revue tous les faits précités, il semble tout à fait logique d'incriminer le sympathique comme seul responsable ; la participation des fibres cérébro-spinales du Pneumogastrique et du Glosso-pharyngien est facile à écarter ; l'atteinte de ces nerfs ne s'accompagne jamais de paresthésies ; au cours de ce syndrome, il n'existe ni anesthésie ni parésie du pharynx.

Comment peut-on envisager le mécanisme intime de ces paresthésies ?

Le point de départ de la sympatho-paresthésie est situé sur la muqueuse de l'hypo-pharynx puisque le contact du bol alimentaire à son niveau l'efface ; cette disparition n'est pas due à un phénomène dynamique (contraction ou relâchement de la musculature pharyngée) puisque le mouvement de déglutition à vide produit un effet contraire. Ce n'est pas dû non plus à un réflexe digestif puisque la présence dans la cavité buccale de substances sapides ne modifie pas la paresthésie.

Il semble plutôt que, lors du passage du bol alimentaire sur la muqueuse, le contact viscéro-sensible soit plus intense que la paresthésie ; il y a « phénomène de prédominance » avec disparition de la sensation la moins accusée.

Si le phénomène douloureux s'extériorise au niveau de la muqueuse, la lésion causale par contre est extra-viscérale et périphérique.

En effet, dans la pathologie pharyngée (tumeurs, infections spécifiques ou non spécifiques, traumatismes opératoires), il n'y a jamais de paresthésies. Au cours des syndromes neurologiques cérébraux ou médulaires, les paresthésies sont exceptionnelles et discutables.

Mais la section des rameaux communiquants (Leriche et Fontaine) amène des perturbations pharyngo-laryngées que l'on peut étiqueter « *paresthésies* ».

On doit donc situer la lésion-mère sur le sympathique vertébral comme le confirme l'extrême fréquence des paresthésies au cours des arthroses cervicales dont les lésions ostéo-ligamentaires affectent le sympathique péri-vertébral.

Le siège de la lésion doit se situer à la hauteur du ganglion sympathique cervical moyen quand il existe ou des formations diffuses qui le remplacent comme le prouvent les expériences de section ou d'ablation de cette portion de la chaîne sympathique et la fréquence des paresthésies au cours des arthroses intéressant C5/C6.

Quelles conclusions peut-on tirer des associations morbides et de leurs rôles dans la pathogénie des paresthésies pharyngées ?

Tout d'abord, quel est le rôle des affections pharyngées ?

Le pharynx est la voie de drainage des cavités annexes et l'écoulement constant de suppurations muco-purulentes sur la muqueuse de cet organe lèse l'épithélium et, par son intermédiaire, atteint le réseau lymphatique sous-muqueux et hypertrophie les amas lymphoïdes ; cette infection chronique irrite les terminaisons sympathiques et joue le rôle d'épine irritative, accentuant le déséquilibre neuro-végétatif local.

Les infections aiguës pharyngées jouent un rôle identique vis-à-vis de la paresthésie qui parfois ne s'extériorise qu'à leur faveur.

Les troubles endocriniens d'origine thyroïdienne ou génitale, les psychoses émotives en créant des désordres neuro-végétatifs jouent, semble-t-il, le même rôle.

En conclusion de ce chapitre sur la pathogénie des paresthésies pharyngées, on peut considérer cette gêne pharyngée comme une sympatho-paresthésie due à des lésions du sympathique à la hauteur du ganglion cervical moyen. L'étiologie générale est l'arthrose vertébrale ; toute cause de déséquilibre accentue le syndrome.

TRAITEMENT

Le traitement des paresthésies pharyngées est délicat.

Nous avons tenté chez nos malades une thérapeutique à visée pathogénique. Les résultats paraissent pleins de promesses mais ils sont inconstants ; les échecs thérapeutiques s'expliquent par la multiplicité des facteurs de déséquilibre neuro-végétatif qui rend toute thérapeutique univoque aléatoire.

Pour chaque malade, seul un bilan des lésions locales pharyngées et rachidiennes, des dysfonctionnements endocriniens, digestifs et psychiques permet le choix d'associations thérapeutiques qui sont à la base de toute guérison.

Telle est la conduite à tenir idéale devant une paresthésie.

Un certain nombre de nos malades n'ont pas reçu des traitements adjuvants ; nous voyons là une explication de nos échecs thérapeutiques. Nous n'insisterons pas sur ces traitements associés dont les modalités varient avec chaque malade et qui s'écartent trop des compétences de l'oto-rhino-laryngologiste ; ils seront confiés aux médecins généralistes et aux psychiatres.

Parmi nos soixante malades, vingt ont été traités par des infiltrations du ganglion sympathique cervical moyen, vingt autres ont été traités par l'hydergine.

Huit ont reçu successivement les deux traitements.

Nous n'avons pas tenu compte dans nos statistiques des douze malades restant qui n'ont pas suivi régulièrement leur traitement.

Avant d'aborder les indications, la technique et les résultats de notre traitement, nous allons passer en revue les différentes méthodes proposées jusqu'alors.

Elles peuvent se répartir en trois groupes :

I) Traitements locaux.
II) Traitements régionaux.
III) Traitements généraux.

I. - TRAITEMENTS LOCAUX OU A VISÉE SYMPTOMATIQUE

Certains auteurs ont préconisé des gargarismes ou des pastilles à base de cocaïne et de ses dérivés sans grands résultats, semble-t-il.

D'autres auteurs ont proposé le badigeonnage du pharynx avec une solution de nitrate d'argent à 5 % ou encore la galvanocautérisation des amas lymphoïdes du pharynx.

Ces méthodes sont à rejeter.

Dans le cas de paresthésies associées à des dyspepsies avec régurgitation de liquide gastrique, Pruvot, en 1932 puis M. Jacod en 1952 conseillent la déglutition lente de gélobarine épaisse qui calme instantanément la gêne pharyngée et peut, à la longue, la guérir. Nous avons toujours associé ce traitement aux sympatholytiques en cas de dyspepsie.

II. - TRAITEMENTS RÉGIONAUX OU A VISÉE ÉTIOLOGIQUE

Sous ce titre, nous engloberons les traitements à visée rachidienne et ceux qui se proposent de détruire l'épine irritative, source de la paresthésie.

a) Traitements à visée rachidienne.

Dans ce premier groupe, mentionnons la radiothérapie et l'ultra-sono-thérapie.

La radiothérapie atténue fréquemment la symptomatologie athrosique et améliore parfois la paresthésie sans toutefois posséder d'action élective sur elle. Elle n'en demeure pas moins un bon traitement adjuvant.

Dans un article sur *L'ultrasonothérapie en O.R.L.*, le Docteur P. Claustre rapporte deux cas de paresthésies pharyngées traitées dans le service du Professeur Portmann par cette méthode avec un très bon résultat et un échec.

b) Traitement à visée "réflexe".

Les méthodes et les points d'application du traitement sont très variables.

Pour la plupart des auteurs, l'épine irritative se situe généralement dans les fosses nasales, cavité aussi peu anatomique que possible et qui recèle toujours quelques anomalies.

Personnellement, nous ne sommes intervenus qu'en cas de désordres topographiques amenant une gêne respiratoire nasale.

Les interventions pratiquées (cautérisation du cornet inférieur, résection de la cloison) n'ont jamais influencé la paresthésie chez nos malades.

Cependant, en 1889, Brebion rapportait onze cas de guérison par badigeonnage à l'acide chromique et cautérisation du cornet moyen au contact de la cloison.

Maurice Vernet, en 1948, puis Jacod signalent le cas d'une paresthésie guérie par la simple manœuvre de Politzer.

D'autres auteurs, en particulier Rigby en 1952, ont recherché le point de départ du réflexe sur des organes éloignés de la sphère rhino-pharyngée.

Récemment, comme nous l'avons indiqué précédemment, le Professeur Appaix a vu disparaître deux paresthésies pharyngées associées à des laryngites fonctionnelles à la suite d'un traitement orthophonique.

III. - TRAITEMENTS GÉNÉRAUX

La plupart des auteurs, et nous-même, ont tenté d'atténuer la gêne pharyngée au moyen de sédatifs généraux : bromure, gardénal, valériane. Ces substances n'ont aucun effet sur les paresthésies pharyngées.

Pruvost préconise la strychnine chez les débilités.

D'autres auteurs ont traité leurs malades par des cures thermales à eau sédative.

On a proposé les eaux de Challes, de Cauterets, de Luchon, de Lamalou, du Mont-Dore, de Bagnère-de-Bigorre.

En 1937, Courbin exposait la question dans un article intitulé *Les paresthésies pharyngées et leur traitement thermal.*

Les résultats de ce traitement paraissent intéressants mais le pourcentage de guérison est faible.

L'hydrothérapie nous semble toute indiquée à titre de cure de consolidation d'une guérison obtenue par d'autres médications.

Au terme de cette énumération dont la longueur et la disparité évoquent des connaissances confuses, soulignons la difficulté du traitement des paresthésies pharyngées et de leurs associations.

Depuis quelques années, certaines publications ont mis en relief le rôle possible du sympathique.

Notre travail s'est unifié dans l'élaboration d'une pathogénie qui nous a conduit tout naturellement à un traitement à visée sympatholytique.

A PROPOS DE SOIXANTE CAS DE PARESTHÉSIES PHARYNGÉES DONT QUARANTE-HUIT TRAITÉES PAR INFILTRATION DU GANGLION SYMPATHIQUE CERVICAL MOYEN OU PAR L'HYDERGINE

Nous envisagerons successivement ces deux traitements ; dans un tableau synoptique, nous comparerons les résultats de ces deux méthodes.

A. - TRAITEMENT DE VINGT CAS DE PARESTHÉSIES PHARYNGÉES PAR INFILTRATION DU SYMPATHIQUE CERVICAL A LA HAUTEUR DU GANGLION MOYEN

Nous étudierons successivement la technique, les avantages et les inconvénients, les résultats de cette méthode.

1) Technique.

Le malade est allongé, la tête tournée de 30° du côté opposé à la paresthésie. En cas de sensation médiane, nous infiltrerons alternativement un côté puis l'autre.

On a à sa disposition des aiguilles de huit centimètres de long et de huit dixièmes de millimètre de diamètre et des ampoules de syncaïne à un pour deux cents.

Le point de repère est situé à trois travers de doigt au-dessous de la pointe de la mastoïde sur le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

On recherche par la palpation l'interstice musculaire « trapèze/sterno-cléido-mastoïdien ».

On enfonce l'aiguille horizontalement en direction du bord antérieur des apophyses transverses selon un angle de 45° ouvert en avant (par rapport au malade). A quatre ou cinq centimètres de profondeur, l'aiguille bute sur un contact osseux ; on la retire alors de un demi-centimètre et on la redresse de quelques degrés par rapport à la paroi latérale du cou.

On adapte alors à l'aiguille une seringue d'un volume suffisant (20 cc.) pour permettre une manipulation facile.

On s'assure en retirant légèrement le piston que l'on n'est pas dans un vaisseau et l'on injecte lentement le produit. Si le biseau de l'aiguille se trouve dans le plan celluleux convenable, le liquide s'écoule facilement. On retire ensuite l'aiguille, on place un tampon de coton imbibé d'alcool et on laisse le malade en position couchée pendant un quart d'heure au moins.

En cas d'effraction vasculaire, il est prudent de retirer l'aiguille d'un bon centimètre et d'injecter ensuite le liquide sous basse pression.

Notre traitement comporte six infiltrations à raison de deux par semaine pendant trois semaines.

Lors de la première injection, pour tâter la sensibilité du malade, nous n'injectons que trois à quatre centimètres cubes de syncaïne. Si tout se passe sans incidents, nous doublons la dose la fois suivante et arrivons lors des dernières infiltrations à noyer la région sous vingt centimètres cubes de liquide.

N.B. — Chez les sujets musclés et à cou large et court, nous employons une voie d'abord différente ; dans ce cas, en effet, l'intervalle sterno/trapèze est inexistant ; l'aiguille risque de s'égarer en pleine masse musculaire, ce qui est douloureux ; à chaque contraction musculaire, son biseau est alors animé de mouvements de cisaillements risquant de léser les gros vaisseaux.

Nous plaçons, dans ce cas, la tête du malade en position médiane ; nous réclinons le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien avec l'index de la main gauche et nous enfonçons l'aiguille horizontalement selon un angle de 45° ouvert en avant (par rapport au malade) ; nous procédons ensuite de la même façon que précédemment.

II) **Avantages et inconvénients de cette méthode.**

Ce traitement a pour avantage d'être relativement rapide (trois semaines) et de fortement impressionner le patient qui se rend compte que l'on ne traite pas son mal à la légère, point de vue capital pour un psychopathe.

Malheureusement, il a bien des inconvénients. Le malade a peur de cette longue aiguille que l'on enfonce dans son cou ; l'acte est douloureux ; parfois, lorsqu'on injecte se grandes quantités de liquide, le patient perçoit une sensation de tension angoissante et bien souvent il interrompt de lui-même le traitement.

De plus, cette méthode thérapeutique n'est pas sans danger. Nous ne déplorons personnellement aucun accident grave ; nous

avons cependant relevé chez un de nos malades une syncope d'une durée de quelques secondes immédiatement après l'injection de syncaïne. Le malade est resté dans un état confusionnel pendant une dizaine de minutes puis tout est rentré dans l'ordre. Nous avons été évidemment obligé d'interrompre le traitement.

III) **Résultats.**

Nous envisagerons successivement les effets de l'infiltration puis les résultats globaux.

a) *Effets de l'infiltration.*

L'anesthésie des ganglions sympathiques par les dérivés de la cocaïne est physiologiquement transitoire. Mais, notion essentielle, la répétition des infiltrations donne une action durable. Ceci s'explique de deux façons :

I) La répétition de l'anesthésie donne un effet de sommation. L'interruption répétée des fibres sympathiques suffit à modifier leur sensibilité et, dans l'ordre vaso-moteur, à déclencher une vaso-dilatation durable.

II) Les dérivés de la cocaïne modifient les fibres sympathiques ; il y a lyse ; ce fait a été prouvé histologiquement et pratiquement. On a constaté que des infiltrations répétées du ganglion stellaire pouvaient donner un syndrome de Claude Bernard-Horner durable (Arnulf : Pratique des infiltrations sympathiques).

Dans la pratique, l'infiltration est une manœuvre approchée et seule la quantité de liquide en débordant sur les régions voisines, permet des résultats à peu près constants. Aussi les symptômes observés varient avec les individus et chez un même malade avec les séances.

Le plus souvent, nous avons constaté les faits suivants :

Au bout d'une dizaine de minutes, le malade ressent une sensation de chaleur dans l'hémi-face correspondante. En même temps, la gêne pharyngée s'atténue pour faire place à une impression de fraîcheur agréable.

La perception de sécheresse buccale s'atténue. Ces phénomènes persistent deux heures environ.

Dans l'après-midi, le malade présente souvent des céphalées fronto-occipitales l'obligeant parfois à interrompre son travail.

Par contre, même chez les sujets atteints d'insomnies, on constate un sommeil profond qui se prolonge quelquefois dans la matinée du lendemain. Au bout de 24 heures, tous les phénomènes ont disparu.

Ce tableau est le plus fréquemment observé. Parfois, par suite d'une erreur technique sans doute, les suites sont silencieuses. Lors des injections de fort volume, les phénomènes vaso-moteurs (hyperhémie cutanée, sudation) débordent sur les régions voisines (base du cou, moignon de l'épaule).

b) *Résultat des six infiltrations.*

Les malades chez qui le traitement s'avère efficace voient leurs paresthésies s'atténuer de façon progressive puis disparaître après la cinquième ou sixième infiltration.

Souvent, les résultats sont dissociés, mais généralement en faveur de la paresthésie.

Cependant, chez l'un de nos malades, nous avons vu disparaître tous les phénomènes arthrosiques (céphalées occipitales, cervico-scapulalgies, sécheresse buccale), alors que la paresthésie demeurait inchangée.

Sur les vingt malades traités de cette façon, nous avons obtenu :

Neuf guérisons.

Quatre améliorations.

Sept échecs.

Nous entendons par « amélioration » une atténuation de la paresthésie avec disparition de la gêne pharyngée et de l'angoisse. Les malades ne les perçoivent que si on leur en parle.

B. - TRAITEMENT DE VINGT CAS DE PARESTHÉSIES PHARYNGÉES PAR LES DIHYDRO-ALCALOIDES DE L'ERGOT DE SEIGLE (HYDERGINE)

Nous étudierons successivement la posologie, les avantages et les inconvénients de cette méthode ; les résultats du traitement.

1) Posologie.

Nous avons employé de préférence les gouttes aux glossettes sublinguales d'Hydergine qui produisent souvent sur les individus à muqueuse sensible des sensations de cuisson buccale et pharyngée.

Nous donnons cinq gouttes trois fois par jour le premier jour puis nous augmentons chaque prise de cinq gouttes chaque jour pour atteindre un total de trente gouttes par prise le sixième jour ; nous poursuivons le traitement pendant trois semaines en

diminuant les doses de cinq gouttes par jour et par prise les six derniers jours.

Nous refaisons systématiquement une deuxième série de trois semaines après quelques jours d'interruption.

II) **Avantages et inconvénients de cette méthode.**

Ce traitement a pour avantage d'être très bien supporté. Il ne présente aucun danger et n'oblige pas le malade à de fréquentes visites à l'hôpital et lui permet d'avoir une activité normale.

L'inconvénient majeur en est la longueur (deux mois environ). De ce fait, il est suivi irrégulièrement par le malade qui, souvent, l'interrompt dès l'apparition d'une amélioration. Il ne faut pas oublier que l'hydergine est un hypotenseur ; il faudra donc, avant de prescrire ce médicament, vérifier la tension du malade et éviter son emploi chez les hypotendus ; les doses progressives au début et régressives en fin de traitement évitent des écarts tensionnels brutaux.

III) **Résultats.**

Les dihydroalcaloïdes de l'ergot de seigle sont doués de propriétés spasmolytiques. Ils possèdent deux actions différentes :

I) Une action centrale : sans parler de son effet central hypotenseur, nous signalerons son action sédative sur les centres psychiques et moteurs.

II) Une action périphérique : les dihydroalcaloïdes de l'ergot de seigle (Hydergine) inhibent l'action de l'adrénaline et de la noradrénaline. Ils bloquent électivement la vaso-constriction due au froid, à l'effort, aux émotions.

Les dihydroalcaloïdes ont été employés avec succès par H.W. Tonnis W. chez des malades atteints de lésion des disques intervertébraux de la colonne cervicale associée à un syndrome d'irritation du sympathique vertébral.

Cet auteur a constaté l'efficacité de l'Hydergine sur les troubles de nature neuro-végétative.

C'est au cours de la lecture de son article que nous avons eu l'idée d'essayer l'Hydergine dans le traitement des paresthésies pharyngées.

Nous envisagerons successivement l'évolution de la paresthésie au cours du traitement puis les résultats globaux.

a) *Evolution de la paresthésie au cours du traitement.*

L'action du traitement se manifeste au bout d'une douzaine de jours. La paresthésie s'atténue progressivement pour disparaître au bout de trois semaines environ.

Le syndrome arthrosique qui accompagne souvent la gêne pharyngée régresse également.

Mais les effets sont dissociés tout comme dans le traitement par infiltration.

b) *Résultats globaux.*

Sur les vingt malades traités de cette façon, nous avons obtenu :

Neuf guérisons.

Quatre améliorations.

Sept échecs.

C. - TRAITEMENT DE HUIT CAS DE PARESTHÉSIES PHARYNGÉES PAR INFILTRATION DU GANGLION SYMPATHIQUE CERVICAL MOYEN ET PAR L'HYDERGINE

Ces huit malades ont tout d'abord reçu un traitement par infiltration du sympathique cervical.

Cinq ont vu disparaître leurs paresthésies.

Dans les deux mois suivants, la gêne pharyngée a récidivé d'une façon moins intense mais tout de même gênante.

Nous avons alors mis en œuvre un traitement de quinze jours par l'Hydergine. La paresthésie a disparu dans les cinq cas.

Les trois autres malades n'ont pas été améliorés par les deux traitements consécutifs.

Pour ces huit malades, nous avons donc obtenu :

Cinq guérisons.
Trois échecs.

Les conclusions sont faciles à déduire. Il semble bien qu'avec les infiltrations comme avec l'Hydergine les résultats soient identiques. Notre préférence va cependant à ce dernier médicament, plus facile à manier. Ces traitements nous semblent plus efficaces que les thérapeutiques usuelles.

Pour plus de clarté, nous allons grouper dans un tableau nos résultats globaux :

Méthodes	Nombre de cas traités	Guérisons	Améliorations	Stationnaires
Infiltrations	20	9	4	7
Hydergine	20	9	4	7
Infiltrations + Hydergine	8	5	0	3
Totaux	48	23	8	17
Pourcentage .		*Bons résultats* 65 % environ		Echecs 35% environ

Au terme de ce chapitre, nous nous devons de tenter d'expliquer les 35 % d'échecs constatés.

Faut-il en déduire que la pathogénie n'est pas univoque et que certains facteurs prépondérants sont passés inaperçus ?

Il serait présomptueux de penser que nous avons envisagé le mécanisme de la paresthésie tel qu'il l'est en réalité.

Cependant, nous sommes intimement persuadé que le milieu ambiant dans lequel évolue ce syndrome est à base de désordres neuro-végétatifs.

A notre avis, la plupart de nos échecs sont dus aux syndromes associés dont nous avons négligé le traitement dans un grand nombre de cas. Nous pensons spécialement aux troubles psychiques intenses qui rendent les malades insensibles à toute thérapeutique.

La psycho-thérapie doit être une arme quotidienne à opposer aux psycho-névroses qui atteignent un grand nombre de paresthésiques.

ÉVOLUTION POST-THÉRAPEUTIQUE

Ce chapitre ne contiendra qu'un condensé de nos impressions ; les renseignements nous manquent pour chiffrer le pourcentage de récidives et les suites éloignées des paresthésies traitées par les infiltrations ou par l'Hydergine.

Nous ne considérerons pas séparément ces deux traitements dont l'efficacité est identique et les résultats superposables.

En général, les paresthésies pharyngées ne récidivent pas spontanément ; les malades améliorés conservent leur gain. Cependant, dans certaines circonstances, la paresthésie réapparaît, la plupart du temps sur un mode mineur.

Chez les femmes, dans les quelques jours qui précèdent les règles, la gêne se manifeste à nouveau mais d'une façon intermittente pour disparaître spontanément dès le flux menstruel ; la symptomatologie est alors différente :

Les malades ressentent de temps en temps de petits picotements comparables à des coups d'aiguilles.

Les paresthésies pharyngées ne sont plus accompagnées d'angoisse et n'inquiètent plus les sujets qu'en tant que signes précurseurs d'une récidive vraie.

Mais la cause la plus fréquente de récidive mineure est « *la localisation rhino-pharyngée d'une infection* » : à chaque grippe, à chaque angine, la paresthésie se réveille.

Ce fait doit nous rappeler l'importance de l'infection rhino-pharyngée dans l'éclosion de la paresthésie. Il passe souvent inaperçu lors de la détection de la paresthésie dont le début lointain s'estompe dans la mémoire des malades.

La gêne pharyngée s'efface généralement avec la disparition du processus infectieux.

Parmi nos bons résultats, nous n'avons jamais observé de récidives aussi intenses que le syndrome initial.

Au terme de ce chapitre, rappelons le rôle prépondérant de l'infection locale dans la génèse de la paresthésie pharyngée.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES SOIXANTE OBSERVATIONS

VINGT CAS DE PARESTHÉSIES PHARYNGÉES TRAITÉES PAR INFILTRATIONS DU GANGLION SYMPATHIQUE CERVICAL MOYEN

Noms Sexe Age	Lésions Rachis	Troubles psychiques	Troubles génitaux	Dysthyromie	Troubles digestifs	Paresthésies associées	Résultats du traitement	Evolution post-thérapeutique
A.O. F 28		III		++			Guérie	
A.R. F 48		II					Amélior.	
B.L. H 27	++	II		++			Guéri	
B. Do F 43	++	IV	++++				Echec	
B.F. F 34		II					Echec	
B.L. H 38	++	II	Arseniscisme chronique				Guéri	
B.S. F 51		I					Guérie	
C.F. F 47	++	II	++				Guérie	
C.C. H 59	++	II				P. laryngées	Guéri	
L.J. H 25		I				P. laryngée	Amélior.	
G.A. H 63	++	I					Amélior.	
N.J. H 53	++	I					Echec	
O.P. F 33	++	I	+++				Guérie	
O.J. H 22	++	II					Echec	
P.C. F 56	++	II					Echec	
P.M. F 21		I					Guérie	
P.Mm F. 32	++	II					Echec	
R.R. F 41	++	II	++			P. laryngée	Guérie	
T. F 51		I					Echec	
Y.A. H 54	++	II					Amélior.	

VINGT CAS DE PARESTHÉSIES PHARYNGÉES TRAITÉES PAR L'HYDERGINE

Age Sexe Nom	Lésions du Rachis	Troubles Psychiques	Troubles Génitaux	Dysthyroïdies	Troubles Digestifs	Paresthésies Associées	Résultats du Traitement	Evolution post-thérapeutique
F 60	++	II					Guérie	
A.E. H 62	++	I					Guéri	
B.M. F 23	RAA	II					Echec	
B.C. F 38	++	II					Amélior.	
C.A. H 33	++	II					Guéri	
C.I. F 52	++	II	Menop.		++	P. lingale	Guérie	
D.G. H 47	++	III					Echec	
D.H. F 32	++	II		++		P. lingale	Echec	
G.B. H 48		II			++	P. lingale	Amélior.	
G.D. H 62	++	I					Guéri	Récidive mineure
G.M. H 51	++	II		++	++		Echec	
G.R. F 58	++	I					Echec	
L.P. H 41		I			++		Echec	
M.N. H 51	++	I				P. palatine	Echec	
M. MJ F 54	++	I					Guérison	
M.L. H 52	++	I				P. laryngée	Amélior.	
N.J. H 50	++	I				P. laryngée	Guérison	
R.A. H 50		I				P. lingale	Guéri	Récidive mineure
R. Al. H 25	++	IV traite					Guéri	Récidive mineure
S. Mj. F 28		II	++				Amélior.	

HUIT CAS DE PARESTHÉSIES PHARYNGÉES TRAITÉES PAR INFILTRATIONS ET PAR L'HYDERGINE

Age Sexe Nom	Lésions du Rachis	Troubles Psychiques	Troubles Génitaux	Dysthyroïdies	Troubles Digestifs	Paresthésies Associées	Résultats du Traitement	Evolution post-thérapeutique
G.M. F 57	++	I				P. linguales	Guérie	Récidive mineure
G.A. H 60	++	II ++					Echec	
K.T. H 54	++	I					Guéri	Récidive mineure
L.J. H 32		I					Guéri	Récidive mineure
M.A. F 26	++	III	++	++			Guérie	Récidive mineure
M.L. H 55	++	II ++				P. laryngées	Echec	
R.G. H 31	++	II ++			++		Echec	
V.G. H 26		IV			++		Guéri	Récidive mineure

DOUZE CAS DE PARESTHÉSIES PHARYNGÉES NON TRAITÉES

Nom Sexe Age	Lésions du Rachis	Troubles Psychiques	Troubles Génitaux	Dysthyroïdies	Troubles Digestifs	Paresthésies Associées
A.A. H 54	+ +	I				
B.A. F 54	+ +	I				P. laryngée
C.B. H 60	+ +	I				P. laryngée
D.M. H 48		II			+ +	
F.P. F 18		I		+ +		
L.G. H 39	+ +	II		+ +		
M.J. H 47	+ +	I			+ +	
M. MJ F 53	+ +	II	+ +			
M.M. F 59	+ +	II	+ +			
M.B. H 60	+ +	II				
P.C. H 42	+ +	I				P. laryngée
R.G. H 32		I		+ +		P. laryngée

CONCLUSIONS

En 1926, le Professeur Terracol, dans le rapport du Congrès d'Oto-Rhino-Laryngologie consacré aux paresthésies pharyngées a le premier souligné le rôle des perturbations du système sympathique cervical dans la pathogénie de celles-ci et la fréquence des lésions arthrosiques associées.

Nous appuyant sur l'étude de soixante cas recueillis dans les services hospitaliers de M. le Docteur Carrega et de M. le Professeur Appaix, nous avons essayé de réunir des arguments étayant la théorie de l'origine sympathique des paresthésies pharyngées.

Voici les faits saillants qui ressortent de cette étude et les conclusions que l'on peut en tirer :

DU POINT DE VUE SYMPTOMATOLOGIQUE

La paresthésie pharyngée est une sympatho-paresthésie typique : le trouble sensitif est difficile à localiser, difficile à décrire si ce n'est à l'aide de comparaisons ; il s'agit plutôt d'une sensation anormale que d'une douleur véritable.

Les analgésiques banaux sont inefficaces.

Cette gêne pharyngée s'accompagne d'angoisse, de cancérophobie et retentit sur le psychisme souvent instable de l'individu.

L'examen local est négatif.

La paresthésie est fréquemment associée à une arthrose cervicale, lésion-mère du dysfonctionnement du sympathique cervical ou à d'autres syndromes en rapport avec des troubles neuro-végétatifs :

Psycho-névroses.

Troubles endocriniens génitaux, spécialement au cours de la ménopause.

Dysthyroïdies.

Dyspepsies.

DU POINT DE VUE DIAGNOSTIQUE

Malgré le caractère typique de ce syndrome, le diagnostic de la paresthésie pharyngée doit être un diagnostic d'élimination ; en agissant différemment, on risque d'étiqueter « paresthésie » une gêne pharyngée secondaire à une tumeur passée inaperçue.

DU POINT DE VUE PRONOSTIC

C'est le dosage de l'état mental du patient qui permet de poser un pronostic.

DU POINT DE VUE PATHOGÉNIQUE

La paresthésie pharyngée est le plus souvent secondaire à une lésion arthrosique des cinquième et sixième vertèbres cervicales et du disque correspondant. Ces lésions arthrosiques lèsent la chaîne sympathique dans sa portion moyenne, à la hauteur du ganglion cervical moyen, quand il existe, comme le prouvent les expériences de Leriche et Fontaine.

DU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE

Les résultats que nous avons obtenus, soit par infiltration de novocaïne, soit par l'Hydergine, confirment le rôle primordial du sympathique.

Les 35 % d'échecs thérapeutiques que nous avons enregistrés prouvent bien la fragilité de nos connaissances. A notre avis, ils sont dus en grande partie à l'intrication de nombreux syndromes dont les traitements simultanés font du paresthésique un malade difficile à bien soigner.

Les récidives fréquentes au cours des épisodes infectieux rhino-pharyngés nous rappellent cependant la participation d'un élément local dans la génèse de la paresthésie.

A la fin de cette étude, nous nous permettons d'énoncer en quelques mots notre conception de la paresthésie pharyngée :

La paresthésie pharyngée est un syndrome naissant de la conjonction de plusieurs facteurs :

Un facteur régional prédominant : c'est l'atteinte de la chaîne sympathique cervicale à la hauteur du ganglion moyen, presque toujours secondaire à une lésion rachidienne chronique centrée sur C5/C6.

Un facteur local déclenchant : c'est l'inflammation de la muqueuse pharyngée au cours des épisodes rhino-pharyngés aigus.

Des facteurs généraux mais non indispensables : ce sont les états morbides contribuant à accentuer tout déséquilibre neuro-végétatif : nous citerons au premier chef les psycho-névroses puis les troubles endocriniens génitaux, les dysthyroïdies, les dyspepsies ; ces dernières, par les régurgitations qui les accompagnent, peuvent au même titre que l'infection léser la muqueuse pharyngée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aboulker. — Etude anatomo-clinique du glosso-pharyngien. *Actualité O.R.L.*, 1949.
2. Alexandre. — Les manifestations du Zona en O.R.L. Thèse Montpellier, 1930.
3. M. S. Ach. Andelova, V. Chvojkova et H. Flusser. — Glossodynie, contribution à l'étude des sensations de brûlure de la cavité orale. *Revue de Stomatologie*, t. 55, n^{os} 2-3, fév.-mars 1954, pp. 136-141.
4. André P.J. — Troubles de la secrétion salivaire. — *Actualités O.R.L.*, 1949.
5. Arnulf. — Pratique des infiltrations sympathiques. Canugli, éditeur, Lyon, 1954.
6. Botey. — Paresthésies pharyngées et neurasthénies. *Maladie des Oreilles et du Pharynx*, 1894.
7. Boulay. — Des paresthésies pharyngées. *P. M.*, 21 mars 1906.
8. Boulay et le Machadour. — Rapport du congrès d'O.R.L., 1908.
9. Brehion (Lyon). — Le la paresthésie du pharynx. *Maladies des Oreilles et du Pharynx*, 1889.
10. Carrel J., Arcelin et Charrat. — Angines styloïdiennes chroniques. *Annales d'O.R.L.*, 1928, p. 717.
11. Claustre P. — L'ultra-sono-thérapie en O.R.L. *La Provence Médicale*, février-mars 1954.
12. Collet. — Les troubles de l'innervation pharyngo-laryngée et œsophagienne. Masson et C^{ie}, Paris, 1946.
13. Courbain. — Les syndromes paresthésiques pharyngés et leur traitement thermal. *Journal Français du Praticien*, 1935.
14. Delmas et Laux. — Système nerveux sympathique, étude systématique et microscopique. *Introduction à la Physio-Pathologie*, 1952.
15. Despons J. — Les paresthésies pharyngées. *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, février 1954.
16. Dutheillet de Lamothe et Canuyt. — Anomalie de la styloïde avec sensation de corps étranger au niveau du pôle inférieur de l'amygdale. *Maladies de l'Oreille et du Larynx.*
17. Escat. — Le syndrome « Paresthésie pharyngée ». *Bulletin Médical*, 27 février 1927.
18. Henschel. — Rhumatisme vertébral et déglutition. *Acta O.R.L. Belgica*, 1952, fasc. 5, p. 429.
19. Jacod. — Les sympathoses endo-laryngées. *Lyon Médical*, 1942.
20. Jacod M. — Démembrement et état actuel des paresthésies pharyngées, le syndrome lié à l'hyperchlorhydrie gastrique momentanée. *Journal Français d'O.R.L.*, mai 1952.
21. Jacod M. — Les paresthésies pharyngées liées à l'hyperchlorhydrie passagère sans lésion gastrique. *Journal Français d'O.R.L.*, septembre 1954.

22. Koch P. — Considérations sur les paresthésies des premières voies nerveuses. *Maladies des Oreilles et du Pharynx*, 1887.

23. Lambling A. — Le rôle du reflux en pathologie digestive, en particulier dans la génèse des dyskinésies œsophagiennes et des œsophagites, des dyspepsies et des gastrites. *Presse Médicale*, 59, 72, 1951 (1496-1499).

24. Lannois. — Les paresthésies pharyngées. *Annales d'O.R.L.*, tome 31, p. 48, 1905.

25. Leriche. — De quelques phénomènes observés après section des derniers rameaux communiquants cervicaux et du premier dorsal. *Journal de Chirurgie*, février 1926.

26. Leriche R. et Fontaine R. — Traitements chirurgicaux touchant l'innervation sympathique du larynx et du pharynx. Rôle physiologique du ganglion cervical moyen. *Presse Médicale*, 22 septembre 1926.

27. Leriche R. — Les enseignements et les résultats des infiltrations novocaïniques de la chaîne sympathique. *Journal Médical Français*, février 1937.

28. Leroux-Robert J., Penteuil J., Thierric R. et Mme Foussier — Forme dysphagique d'hyperostose ankylosante cervicale. *Presse Médicale*, 1954, n° 46.

29. May Et., Mayder et May Em. — La forme dysphagique du rhumatisme cervical chronique. *Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 7 juillet 1939.

30. Montaigne. — *Les Essais*. Edition Jouaust en 7 volumes, livre premier, chapitre 21, page 144.

31. Mor F. — Contribution à l'étude de l'innervation de l'hypo-pharynx (recherches histo-anatomiques sur la distribution du glosso-pharyngien). *Il. Valsava*, XVIII, 1942, n° 2, 33.

32. Mounier-Kuhn et Soulas. — Rapport du Congrès d'O.R.L., 1955.

33. Munoz Soler and Schewartzman J. — Paresthesias pharyngeas. *Rev. Med. Cienc of B.-Aires*, 1952, 14-6 (64-165).

34. Perotti F. — Sui rapporti tra artrosi cervicale e disfunzione motoria del faringe. *Radiologia medica*, Torino, Apr. 1952, 38, 4, 309-318.

35. Piquet J. — Les troubles pharyngo-laryngés par spondilite déformante de la colonne cervicale. *Journal Français d'O.R.L.*, 1951, 5/370.

36. Poinso P., Charpin J. — Une cause rare de dysphagie : la spondylose cervicale. *Revue de Rhumatologie*, 327, 1946.

37. Portmann G., Robin J.-L., Berlendier Pa. — Les paresthésies précancéreuses. *Société d'O.R.L. de Paris*, 24 octobre 1951.

38. Pruvot J. — La paresthésie pharyngée. *Revue de Laryngo-Otologie, Rhinologie*, 30 novembre 1930.

39. Reverchon. — Apophyse stiloïde longue et paresthésie pharyngée. *Maladies de l'Oreille et du Larynx*, 1932, p. 86.

40. Rigby. — The present status of the globus hystericus. *Laryngoscope*, Saint-Louis, vol. LXII, n° 4, 1952, pp. 401-405.

41. Schnee I.M. 586E, 25 th ST (4), Paterson N.J. — Paresthesia of the pharynx due to the cervical adenitis. *Arch. otolaryng.*, Chigago, 1951, 54-2, 1777-1778.

42. Sebileau. — Monographie sur le cancer de la langue.

43. Tanturri. — Anomalies de deux apophyses styloïdes longues. *Rassegua Italia di O.R.L.*, septembre-octobre 1936.

44. Tarnaud. — Toussotements et raclements. *Société Française d'O.R.L.*, rapport du congrès de 1949.

45. Terracol. — Rapport du Congrès O.R.L. de 1926 : Les troubles segmentaires sensitifs et trophiques du pharynx et l'ostéoarthrite déformante de la colonne cervicale.

46. Terracol J. et Guerrier Y. — Les dyskinésies pharyngo-œsophagiennes et le syndrome cervical. *Journal Français d'O.R.L.*, IV, I, 1955, 17-19.

47. Thort (Hambourg). — Les maladies de la colonne vertébrale. *Maladies de l'Oreille et du Larynx*, 1926.

48. Tonnis W. — Diagnostic et thérapeutique des lésions des disques intervertébraux de la colonne cervicale. *Dtsch. med. Wschr.* 78, 1089, 1953.

49. Turpin et Camou. — A propos d'un cas de dysphagie en rapport avec une spondilité déformante spécifique de la colonne cervicale. *Journal Français d'O.R.L.*, oct. 1953, p. 591.

50. Valat G. — Contribution à l'étude des signes O.R.L. du syndrome sympathique cervical postérieur. Thèse de Médecine, Toulouse, 1952.

51. Weissenbach R. I. et Pizon P. — Algies cervicales et cervico-brachialites dites rhumatismales. Etude statistique de 164 cas. *Presse Médicale*, 9 avril 1952.

Lu et Approuvé.

Le Président de Thèse :
RECORDIER.

Vu et Approuvé.

Le Doyen :
MORIN.

Vu et permis d'imprimer

Aix, le 19 décembre 1955.

Le Recteur, : J. BLACHE.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.